

LA ATENCIÓN A LA SALUD EN MÉXICO

Gabriela Mendizábal Bermúdez
(coordinadora)

GABRIELA MENDIZÁBAL BERMÚDEZ
Coordinadora

LA ATENCIÓN A LA SALUD EN MÉXICO

ARGUMENTOS No. 114

PRÓLOGO

Constitucionalmente el derecho a la protección de la salud se encontraba de inicio en el apartado “A” del artículo 123, en su fracción II, al establecer, entre otras prohibiciones, las labores insalubres o peligrosas. Por su parte, la fracción V se refiere al tipo de actividades que una mujer durante el embarazo y luego del alumbramiento puede desempeñar. Por su parte la fracción XII se refiere a la obligación de las empresas agrícolas, industriales, mineras y de cualquier otro tipo, según lo determinen las leyes reglamentarias, a proporcionar a los trabajadores habitaciones cómodas e higiénicas.

En la fracción XV del artículo en comento se establece la obligación del patrón a observar, de acuerdo con la naturaleza de su negociación, los preceptos legales sobre higiene y seguridad en las instalaciones de su establecimiento, y a adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo, así como a organizar de tal manera éste, que resulte la mayor garantía para la salud y la vida de los trabajadores, y del producto de la concepción, cuando se trate de mujeres embarazadas.

Por su parte, el apartado “B” del artículo 123 establece en su fracción XI que la seguridad social de los trabajadores al servicio del Estado se debe organizar con el fin de atender las enfermedades y los accidentes de trabajo y de proteger a las mujeres durante el embarazo para que disfruten de asistencia obstétrica, así como establecer centros vacacionales y de recuperación en beneficio de los trabajadores y sus familiares.

Por muchos años se ha sostenido la importancia de la declaración de derechos sociales establecida en la Constitución Mexicana de 1917. Bajo el conjunto de derechos establecidos, la protección de la salud establecida en el artículo 123 constitucional, sin duda, es muy importante, pero sólo se refiere a las personas

que realizan una actividad remunerada y bajo condiciones de subordinación jurídica, es decir, a los trabajadores, ya sean éstos del sector privado o del sector público.

No obstante, actualmente contar con un trabajo o un empleo ya no es necesariamente el medio por el cual se puede asegurar el derecho a la salud de las personas. Por un lado, que cada vez nos enfrentamos a sociedades en donde la ausencia de empleo es evidente, manifestándose en el incremento permanente de la tasa de desempleo. El desempleo es quizás uno de los problemas más importantes de las sociedades contemporáneas. Bajo los parámetros establecidos en el artículo 123 constitucional, no contar con un empleo, representa al mismo tiempo, ausencia de protección en materia de salud. Por otro lado, muchos de los empleos que se crean, emergen bajo modalidades tales que dejan de lado la protección de la salud de los trabajadores. El aumento del trabajo independiente ya sea real o simulado, así como el incremento del trabajo informal, son fenómenos que alejan a este tipo de trabajadores de una protección en materia de salud, al menos en los términos establecidos en el artículo 123 constitucional. Artículo que fue pensado en una relación de trabajo clásica, existente a principios del siglo xx, pero que hoy en día, en los inicios del siglo xxi, está fuertemente cuestionada, ante la emergencia de nuevas formas de empleo y de una sociedad que no puede generar empleo con protección social.

En ese sentido, es de resaltarse que la preocupación por el tema de la salud en México haya alcanzado rango constitucional el 2 de diciembre de 1982, cuando se garantiza constitucionalmente el derecho de protección de la salud. El artículo 4º en su tercer párrafo establece: “toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción xvi del artículo 73 de esta Constitución”.

Sin duda, la regulación constitucional resulta fundamental porque el derecho a la protección de la salud ya no se liga únicamente con la calidad de trabajador asalariado, sino que se trata de un derecho para “toda persona”. Independientemente de la calidad de trabajador o no; por el sólo hecho de ser persona, se tiene derecho a la protección de la salud.

La falta de empleo, el incremento dudoso de trabajadores “independientes” y la existencia de grandes sectores en condiciones de vulnerabilidad social, ha originado que la seguridad social mexicana, pensada sólo para trabajadores asalariados, se complemente con políticas de protección social para dicha población

que, por sus características, no puede o le es imposible cotizar en alguno de los institutos de seguridad social existentes.

Dicha complementariedad, desafortunadamente no se ha dado bajo un esquema de coordinación, de simplificación y de reducción de costos para la administración pública. Muy por el contrario, se aprecia una desarticulación, entre otras razones, porque son varias las entidades y secretarías de Estado que intervienen. Al respecto se debería tener presente, que en la primera parte del siglo xx, la desarticulación existente en Inglaterra, llevó a Beveridge a proponer un modelo caracterizado por:

1. El principio de solidaridad que permite otorgar prestaciones sociales sin que tenga que mediar cotización alguna.
2. El principio de universalidad procurando una protección social para el conjunto de la población.
3. El seguro social y la asistencia utilizadas simultáneamente y de manera coordinada.
4. Existencia de una sola entidad administrativa que contribuya a la simplificación de la administración y en una disminución de costos en el manejo de la misma.

Tales principios deberían ser considerados en un necesario rediseño de la seguridad social y de la protección social mexicana. Pensando en términos más amplios que partan del derecho de toda persona a la protección de su salud, independientemente de su estatus particular; que permita reencauzar el sistema de salud en México que se ha desarrollado de manera segmentada, adicionando instituciones de salud y de seguridad social, sin una lógica clara de organización.

La atención a la salud en México, libro coordinado por la Dra. Gabriela Mendizábal Bermúdez, profesora investigadora de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM) y en este momento directora interina de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la misma Universidad; ocupa un lugar fundamental por lo que celebramos su aparición. Este volumen hace patente la necesidad de estudiar el derecho a la salud de toda persona, sin condicionar dicho derecho a una calidad específica de un individuo, como puede ser la de trabajador subordinado, independiente, informal o desempleado.

Quedando de manifiesto desde el inicio de esta obra, la necesaria exigibilidad jurídica del derecho a la salud. De otra manera, la sola mención del derecho a la salud, sin mecanismos para que sea accesible, exigible, aplicable y evaluable, re-

sulta vana. Hoy en día, en nuestro país, el gran problema del sistema de salud es su falta de ordenación, cobertura, equidad y calidad. Resultando fundamental no sólo que se garantice constitucionalmente, sino que se establezcan los mecanismos para su defensa jurisdiccional.

En general, *La atención a la salud* aborda una pluralidad de temas, que manifiestan la complejidad del derecho a la salud, ya sea por el papel que deben desempeñar los organismos encargados de la conciliación y el arbitraje médico o por la problemática de las prestaciones de salud otorgadas por los seguros sociales en México. Incluyendo también interesantes contribuciones que nos permiten ver cómo algunos países han regulado el derecho a la salud, particularmente en España y Brasil.

Asimismo, se trata de una obra con una visión general y regional de la problemática del derecho a la salud en México. Es importante también resaltar cómo desde la UAEM, bajo la batuta de la Dra. Gabriela Mendizábal, se contribuye y fomenta el debate nacional y regional acerca del derecho a la salud, de la protección social y de la seguridad social. Tenemos frente de nosotros una reflexión llena de valor y riqueza por su naturaleza colegiada.

El libro en comento deja plasmado de manera patente y clara cómo el derecho a la salud se convierte en uno de los principales desafíos del México del siglo XXI.

Cuando la asistencia social, la seguridad social o la protección social se ven limitadas, es necesario pensar en el binomio derecho-salud para consolidar en el derecho de la protección de la salud de toda persona, como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, tal y como se establece en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

Los temas abordados en el presente libro, como lo podrá apreciar el lector a lo largo de la obra, contribuyen a pensar e integrar armónicamente el derecho de la seguridad social y de la protección al derecho a la salud, ante la existencia de una pluralidad de problemas y contingencias en materia de salud, así como a la diversidad de personas involucradas que no comparten condiciones ni necesidades homogéneas. En ese sentido, saludemos y agradezcamos el libro que tenemos ahora en nuestras manos.

ALFREDO SÁNCHEZ-CASTAÑEDA
Investigador del Instituto de Investigaciones
Jurídicas de la UNAM
Miembro del Sistema Nacional de Investigadores
Nivel III

INTRODUCCIÓN

El derecho que todo mexicano tiene a la protección de su salud es indiscutiblemente requisito imprescindible para alcanzar una adecuada calidad de vida. No sólo en nuestro país, sino en todo el mundo, el derecho a la salud se encuentra legislado, intentando con ello proporcionar una adecuada atención a la salud, donde de diversas formas y medidas se incluye la prevención de enfermedades y la atención de las mismas.

No obstante, es uno de los temas más complejos y de difícil cumplimiento en la sociedad. La atención a la salud no sólo es la atención al enfermo, sino que va más allá de ello, puesto que se debe brindar atención clínica, médica, quirúrgica, que sea además capaz de brindar información coherente, concisa y clara mediante campañas de prevención y promoción a la salud, suficiente para garantizar un correcto desenvolvimiento en la vida social.

Es precisamente por lo antes expuesto, que en los últimos años se ha tenido un particular interés por la elevación de la calidad a la atención a la salud, lo anterior en respuesta a diversos factores, tales como el compromiso que al respecto pueden tener los profesionales de la salud, así como las instituciones que brindan estos servicios. Pues no debemos olvidar que son diversas las instituciones que pueden brindar esta asistencia, tanto de la iniciativa privada como de la iniciativa pública, y que en la mayoría de las ocasiones no se adecuan a las necesidades y riesgos demográficos y epidemiológicos.

Dada la importancia del tema, el Cuerpo Académico: “Seguridad Social Multidisciplinaria y Desarrollo Social”, convocó a diversos estudiosos del derecho, de

la salud y la economía, para darse a la tarea de plasmar sus investigaciones en esta obra.

Cabe señalar que se seleccionaron los trabajos que reunían los criterios de calidad y posteriormente se enviaron al Instituto de Investigaciones Jurídicas (IIJ) de la Universidad Nacional Autónoma de México, para llevar a cabo con el valioso e incondicional apoyo del doctor Alfredo Sánchez Castañeda, el dictamen respectivo, bajo la modalidad de pares ciegos, por lo que el libro que ahora está en sus manos, cordial lector, es el producto intelectual de varios especialistas nacionales y extranjeros, minuciosamente depurado por el arbitraje nacional realizado por el IIJ.

Los temas que se abordan en la obra son de carácter local, nacional e internacional con relación a la atención a la salud y los derechos que ésta trae consigo, así como la problemática de la atención médica, la adecuación que la misma requiere con base en las necesidades epidemiológicas y demográficas entre otros.

Las aportaciones dadas se han podido clasificar en cuatro apartados que a continuación detallo:

En la primera parte, titulada “Salud y derecho”, se analiza la atención a la salud como un derecho inalienable de todo mexicano, así como a las instituciones responsables de garantizar el adecuado cumplimiento de este derecho.

En este apartado se incluyen los siguientes temas: “La atención a la salud en México”, cuya autora es una servidora y en donde se me permite hacer el planteamiento de la base teórica del derecho a la salud, permitiendo con ello la ilación con cada uno de los bien logrados estudios realizados por los demás participantes en la obra, de los cuales a continuación hago una breve exposición.

“Garantía constitucional a la protección de la salud: Revisión de su defensa jurisdiccional”, escrito por el connotado jurista doctor Gonzalo Moctezuma Barragán, quien dedica su participación al análisis de la protección de la salud como una garantía constitucional, producto de su defensa jurisdiccional.

Dentro de esta primera parte, también encontramos la participación del reconocido académico, doctor Juan Manuel Ortega Maldonado, cuya investigación se titula “Naturaleza jurídica de las aportaciones privadas para la protección de la salud en México”, quien se da a la tarea de analizar los instrumentos jurídicos tradicionales para el financiamiento de la seguridad social, es decir, las tan nombradas aportaciones de seguridad social.

“Certeza jurídica en el procedimiento de conciliación ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico”, cuya autoría corresponde al doctor Felipe Miguel Carras-

co Fernández, dedica su análisis a los diversos métodos alternativos de solución de controversias en la globalización como medios de solución de conflictos en los procedimientos de conciliación ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico”.

La última participación dentro de esta primera parte, es del licenciado Óscar Javier Apáez Pineda, quien analiza desde la base histórica hasta la actualidad a la CONAMED, como órgano encargado de resolver las controversias por una inadecuada atención a la salud.

En la parte II, titulada “Problemática de las prestaciones de salud otorgadas por los seguros sociales mexicanos”, se analiza la problemática que presentan los diversos seguros sociales con motivo del otorgamiento de las prestaciones de salud.

La primera participación de esta segunda parte está a cargo de la doctora María del Carmen García Peña, cuyo artículo se titula “Problemática de la atención a la salud de los derechohabientes del IMSS, derivada de los cambios demográficos y del desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas”, quien se da a la tarea de estudiar la problemática de los sistemas alternativos de salud para las enfermedades crónico-degenerativas, principalmente.

El doctor Marco Antonio Mora García, cuya participación se titula “Adecuación de la atención médica a las necesidades demográficas y epidemiológicas de los adultos mayores del ISSSTE en México”, nos permite visualizar la problemática de la atención a la salud, tratándose de adultos mayores, cuyo seguro social es el ISSSTE.

Por último, en este apartado segundo, el reconocido jurista doctor Julio Ismael Camacho Solís desarrolla en su trabajo un análisis sustancioso de la nueva Ley del ISSSTE y los servicios de salud en deterioro para los trabajadores al servicio del Estado.

En parte III titulada “Protección social y salud”, tenemos la participación de la doctora Raquel Abrantes Pêgo, quien trabajó el tema: “Reflexiones en torno a las bases sociopolíticas del modelo fragmentado de seguridad social” y dedica su participación al análisis de diversos conceptos sociopolíticos que han orientado el debate del tema de la universalidad de la salud como un derecho social.

La doctora Gloria Moreno Álvarez, en su artículo “Las iniciativas ciudadanas en el ámbito de la prestación de servicios sociales”, hace un análisis de los sistemas de protección social en México, como sistemas alternativos que permiten atenuar la desatención sanitaria en México.

“Gasto público en salud en México”, es un trabajo que presenta nuestro colega, doctor Joaquín Mercado Yebra, estudioso economista, que dedica su participación al análisis de la intervención del Estado en el sector salud y su vinculación con las políticas públicas.

La doctora Irene M. Parada Toro, presenta un trabajo titulado “Utilización, provisión y calidad percibida de los servicios de salud como indicador del desempeño: El caso Morelos en 2008”, quien desarrolla su intervención analizando las diferencias del desempeño de los sistemas de salud entre las entidades federativas en México.

Asimismo, en este tercer apartado, tenemos la contribución del reconocido académico, segurólogo social y exitoso escritor doctor Ángel Guillermo Ruiz Moreno y la maestra María del Rosario Ruiz Moreno, con su artículo “El suicidio en la pubertad y la adolescencia: un grave e ignorado problema de salud pública y de seguridad social en México”.

Por último, el doctor Álvaro Guadarrama González, cuya participación se titula “Medicina y enfermedades de los grupos indígenas en México”, estudia a la medicina tradicional como medio de sanación de las enfermedades de los indígenas de México.

En la parte IV y última, denominada “Derecho Internacional y comparado de las prestaciones sanitarias”, encontramos la participación del Maestre Zeno Simm, cuyo trabajo lo nombra “La atención a la salud en Brasil”, y donde analiza los servicios de salud pública en Brasil.

Estudiosos del derecho, de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, aportan y desarrollan su trabajo “Breve comparación de la seguridad social mexicana y brasileña.

“El sistema nacional de salud en España: Situación actual y perspectivas de futuro”, es autoría del doctor José María Pérez Gómez, quien analiza el derecho a la atención de la salud desde la Constitución española de 1978, así como las prestaciones sanitarias que se otorgan en España.

Cabe señalar que el proyecto de esta obra, cuya autoría es del Cuerpo Académico antes mencionado, se pudo llevar a cabo gracias al financiamiento proporcionado por la Secretaría de Educación Pública por intermedio de la Subsecretaría de Educación Superior, mediante el programa de SEP-PROMEPE “Apoyo a la Formación y Fortalecimiento de Cuerpos Académicos e Integración de Redes”; a quien agradecemos profundamente a título personal y del cuerpo de doctores del CA “Seguridad Social Multidisciplinaria y Desarrollo Social”. También nos permitimos agradecer

el apoyo brindado por parte del III de la Universidad Nacional Autónoma de México, y en especial al doctor Alfredo Sánchez Castañeda por el arbitraje.

No nos resta sino esperar que esta obra llegue a personas interesadas en el tema, y que sirva de apoyo académico para estudiantes, docentes e investigadores que les ayuden a contestar algunas interrogantes que tengan en relación con el tema. Asimismo nos permitimos hacer patente el ofrecimiento por parte de nuestra Máxima Casa de Estudios para seguir contribuyendo e inclusive tomar las riendas en nuestro estado para la capacitación necesaria y para la difusión del conocimiento jurídico entre estudiantes, egresados de la licenciatura y posgrado en Derecho y los profesionales del Derecho.

Doctora Gabriela Mendizábal Bermúdez
Profesora-Investigadora de Tiempo Completo
adscrita a la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
de la UAEM

Lic. Zoraida García Carreño
Asistente de investigación
Enero 2010

PARTE I

SALUD Y DERECHO

LA ATENCIÓN A LA SALUD EN MÉXICO

Gabriela Mendizábal Bermúdez*

INTRODUCCIÓN

La atención a la salud se encuentra dirigida en cada país por la interrogante: ¿Qué es la salud? Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define dentro de su constitución como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.¹

Es por ello que los programas públicos, desarrollados a lo largo del siglo pasado en todo el mundo y destinados a proporcionar la atención a la salud, están cambiando sus objetivos, pasando del restablecimiento de la salud al de evitar las enfermedades principalmente. Para ello, los modelos actuales establecen una relación entre la salud, la atención a la salud y los recursos económicos destinados a ésta,² lo que nos conduce obligatoriamente al binomio: salud-ausencia de enfermedad y por ende, al cuestionamiento: ¿Qué es la enfermedad? Desde la perspectiva mexicana, por enfermedad, definen las leyes

... toda alteración física o mental en el individuo, provocada por una lesión orgánica o funcional, permanente o transitoria, causada por agentes físicos, químicos o biológicos, que puede o no imposibilitarle para el desempeño del trabajo o actividades

* Profesora Investigadora de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la UAEM.

¹ *Constitución de la OMS*, en <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>. [Consulta: 8 de febrero 2010].

² Cfr. Phyllis Freeman, *Los sistemas de salud ante la globalización*, México, Academia Nacional de Medicina e Instituto de Medicina de EUA, 1995, p. 83.

de la vida diaria y requiere de la atención médica para su prevención, curación o rehabilitación.³

Esta conceptualización es el punto de partida para la creación de políticas públicas, leyes y acciones que van encaminadas a la prevención de las enfermedades y al restablecimiento de la salud. Es así que México requiere del desarrollo de estrategias necesarias para brindar atención a toda la población (cobertura universal), para contribuir con todos los medios curativos (tecnológicos y alternativos) al alcance a la sanación de las enfermedades. Estrategias que también acentúen las medidas preventivas y que consideren no sólo los aspectos biológicos de la salud, sino también, los psicológicos y sociales, dentro de los cuales a manera de ejemplo destacan la seguridad e higiene en el trabajo y la afectación de la salud a consecuencia del deterioro del medio ambiente.

Es precisamente en este contexto que la presente investigación analiza puntos medulares desde la perspectiva del Derecho de la Seguridad Social y la Protección Social, dentro de ellos destacan: puntualizaciones de diversos aspectos de la problemática en materia de salud y algunas soluciones empleadas en otros sistemas de salud.

PROBLEMÁTICA DE LA ATENCIÓN A LA SALUD

El actual sistema de salud no logra adecuarse a las necesidades y riesgos demográficos y epidemiológicos. Los puntos más sobresalientes que se ven reflejados en la problemática actual de la atención en salud para los mexicanos son los siguientes, mismos que serán analizados más adelante:

- a) La inexigibilidad jurídica del derecho a la salud para muchos mexicanos.
- b) Desarticulación del sistema de salud.
- c) Prevalencia de la medicina curativa sobre la preventiva.
- d) Ineficiencia e ineficacia de la cobertura poblacional en salud.
- e) Financiación en salud deficiente.
- f) Falta de acciones de la problemática del binomio: salud-medio ambiente.
- g) La endeble atención a la salud en el contexto de la globalización.

³ Las leyes del Seguro Social, del ISSSTE y del ISSFAM no proporcionan una definición propia de enfermedad; sin embargo, sí se incluye una en la fr. I del art. 28 del Reglamento de Servicios Médicos (del IMSS) y la fr. I del art. 46 del ISSSTE.

Cada uno de estos factores se entrelazan y dan origen a problemas que afectan a la población de diversas maneras. Son reconocibles en la exclusión discriminante en el otorgamiento de prestaciones de salud, la suspensión o insuficiencia de los servicios de salud, la falta de insumos, el equipo deficiente, la deshumanización de los recursos humanos, desproporción entre el número de especialistas en salud y pacientes,⁴ cuotas de recuperación impagables para muchos pacientes, entre otras. Todo lo anterior propicia un vínculo deficiente entre paciente y médico, con la consecuente mala calidad de la atención.

Lo anterior se presenta principalmente por el financiamiento inadecuado y la falta de una organización estructural, ya que no se llegan a cubrir las necesidades básicas de salud a la población. No obstante y pese a las adversidades del sistema de salud en nuestro país, en los últimos años ha logrado cierto mejoramiento en el estado de salud de los mexicanos, el cual se ve reflejado en la esperanza de vida al nacimiento, ya que mientras en el año de 1970 la edad promedio de vida era de 62.17,⁵ en el año 2009 era de 74 años y para el año 2050 será de 81.9 años (hombres 79.9 y mujeres 83.9 años),⁶ como podemos ver el indicador ha ganado 21 años más en el promedio de vida. Es decir, derivado de los medios de sanación y prevención de enfermedades, los índices de esperanza de vida están en cambio constante. Ello implica un aumento en la población en edad avanzada, lo cual afecta directamente los rubros económicos, políticos, culturales, políticos y sociales de cada país.

1. El Derecho fundamental a la salud y su exigibilidad jurídica

La Organización Mundial de la Salud establece como uno de los principios rectores de sus acciones el siguiente: “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.⁷

Al respecto cabe la reflexión sobre lo que son los derechos fundamentales.

⁴ “Sólo hay 1.8 médicos por cada mil habitantes”, en <<http://www.eluniversal.com.mx/nacion/155301.html>>. [Consulta: 8 de febrero de 2010.]

⁵ “El envejecimiento de la población en México”, en <<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje02.pdf>>. [Consulta: 8 de febrero de 2010], p. 20.

⁶ “Indicadores demográficos 2005-2050”, en <<http://www.conapo.gob.mx/00cifras/proy/RM.xls>>. [Consulta: 8 de febrero 2010.]

⁷ “Constitución de la oms”, en <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>. [Consulta: 8 de febrero 2010.]

Luigi Ferrajoli, sostiene que derechos fundamentales son:

todos aquellos derechos subjetivos que corresponden universalmente a todos los seres humanos en cuanto dotados del status de personas o ciudadanos, con capacidad de obrar, entendiendo por derecho subjetivo cualquier expectativa positiva (de prestación) o negativa (de no sufrir lesiones) adscrita a un sujeto por una norma jurídica, y por status la condición de un sujeto, prevista así mismo por una norma jurídica positiva como presupuesto de su idoneidad para ser titular de situaciones y/o autor de los actos que son ejercicio de éstas.⁸

De esta amplia definición se pueden destacar los siguientes elementos:

1. Se trata de derechos subjetivos, los cuales lisa y llanamente se pueden definir como la facultad reconocida a las personas por una norma jurídica, que le permite efectuar determinados actos o como bien menciona la propia definición analizada, le confiere una expectativa positiva materializada mediante el derecho a una prestación o negativa como la protección para no ser dañado en su esfera jurídica individual.
2. Los derechos referidos son universales, porque son inherentes a todas las personas delimitadas por los ordenamientos jurídicos aplicables, tales como la capacidad de goce.
3. Se encuentran establecidos y determinados por normas jurídicas y de esta manera se identifican en gran cantidad de ordenamientos constitucionales.

Los Derechos Fundamentales se caracterizan por ser:

- a) Universales: Porque son aplicables a todos los miembros de una sociedad.
- b) Imprescriptibles: No se pierden por el transcurso del tiempo.
- c) Inalienables: No son renunciables.
- d) Intransigibles: No son transferibles a otro titular.
- e) Personalísimos: Porque los derechos están íntimamente ligados a la persona, pues nacen con ella y no se separan en toda su existencia.

Cabe señalar, que existen diversas clasificaciones de los derechos fundamentales atendiendo a sus características. Dentro de ellas se pueden citar tres:

⁸ Luigi Ferrajoli, *Derechos y garantías*, Trotta, Madrid, 199. p. 37. Citado por Miguel Carbonell, *Los Derechos Fundamentales en México*, 1ª reimp. México, Porrúa, 2005. p. 12.

Una que se hace de los derechos humanos en generaciones,⁹ dentro de la cual los derechos de primera generación constituyen las garantías individuales y el derecho a la salud se encontraría en los derechos calificados como los derechos de segunda y tercera generación en un solo conjunto. Aunque se considera que éstos son de una naturaleza diferente a los derechos fundamentales, puesto que los primeros implican un no hacer por parte del Estado para garantizar su cumplimiento (*v.gr.* no violar la correspondencia o prohibir la libertad de expresión), en su gran mayoría están basados en la libertad positiva o de ejecución externa; aunque unos pocos como, en específico, el derecho a la salud puede ser visto como una derivación directa de los derechos de primera generación, donde se requiere de un hacer positivo del Estado para garantizar su cumplimiento.

La segunda clasificación habla de derechos fundamentales divisibles en: a) Derechos civiles y políticos y b) Derechos económicos, sociales y culturales, dentro de la cual se encuentra inserto el derecho a la salud.

Y la tercera habla de categorías del derecho, 1. Derechos de autonomía (derecho a la vida), 2. Derechos de participación (derecho al sufragio) y 3. Derechos de prestación, en los que se encuentra el derecho a la salud.

Independientemente de la clasificación, se puede señalar que el derecho a la salud es un derecho fundamental que obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todos los ciudadanos de ese Estado puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones (señala la OMS) “comprenden la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano”.¹⁰

El derecho a la salud reconocido como derecho fundamental se encuentra consagrado en gran cantidad de instrumentos jurídicos que van desde tratados internacionales, dentro de los cuales destacan el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979, así como la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, los cuales fueron debidamente ratificados por México.

Dentro de los objetivos de desarrollo del milenio en salud, la CEPAL y la OPS refieren en el capítulo dirigido a América Latina y el Caribe:

⁹ La propuesta de las generaciones de derechos humanos fue hecha por Karel Vasak en el año de 1979. Cabe señalar que la división hecha se hace con base a las nociones centrales de las tres fases de la Revolución francesa, a saber: libertad, igualdad y fraternidad. Al respecto cfr. Juan Ramón Blanco Aristín, “Las 3 Generaciones de los Derechos Humanos”, en <http://www.tendencias21.net/derecho/Las-3-generaciones-de-los-derechos-humanos-_a76.html>. [Consulta: 8 de febrero 2010.]

¹⁰ El derecho a la salud, OMS, en <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>>. [Consulta: 8 de febrero 2010.]

las personas tienen derecho a un cuidado equitativo, eficiente y atento de su salud y la sociedad en su conjunto debe garantizar que nadie quede excluido del acceso a los servicios de salud y que éstos proporcionen una atención de calidad para todos los usuarios.¹¹

En nuestro país este derecho lo encontramos reglamentado en la Carta Magna, en el artículo 4º, párrafo tercero, el cual 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 dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución...

No obstante el reconocimiento que hace la Constitución del derecho a la salud como una garantía fundamental, la atención a la salud se encuentra estrechamente vinculada con el nivel socioeconómico con el que cuentan los mexicanos. Es así que no se cuenta con mecanismos eficaces de exigibilidad jurídica que permitan garantizar el acceso a los servicios de salud y que este acceso, además sea en igualdad de condiciones a la población con derecho a los mismos beneficios y por último, garantizar que se divulgue toda la información relevante. Cabe señalar que existe una excepción: la exigibilidad jurídica de la atención a la salud si se encuentra garantizada mediante los procedimientos legales que incluyen los seguros sociales, de los cuales destacan:

- El recurso administrativo de queja y de inconformidad del IMSS.
- Solicitud de reembolso por la prestación de servicios médicos extrainstitucionales, recurso de reconsideración y revisión del ISSSTE,
- Recursos de inconformidad, rectificación y reconsideración del ISSFAM.

Como se puede observar, estos recursos constituyen una herramienta directa de los derechohabientes para exigir el cumplimiento de sus expectativas y derechos, lo cual se reduce al 60% de la población, ya que dentro de los instrumentos de la asistencia social (Seguro Popular de Salud, Institutos Nacionales de Salud, etc.), no se incluye en su legislación procedimientos específicos que le permitan al usuario, sin la necesidad de asesoría profesional jurídica, la posibilidad de exigir sus derechos.

¹¹ “El Derecho a la salud y los objetivos de desarrollo del milenio, OPS y CEPAL, Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una mirada desde América Latina y el Caribe”, en <<http://www.Paho.Org/Spanish/DD/PUB/Capitulo5.Pdf>>. [Consulta: 8 de febrero 2010.]

El derecho administrativo mexicano por su parte incluye en la Ley Federal de Procedimiento Administrativo el procedimiento para recurrir los actos administrativos mediante el recurso de revisión como el medio de impugnación de las resoluciones administrativas que no contengan carácter fiscal, financiero, electoral, laboral, agrario o de responsabilidad de autoridad pública, o en su caso, del ministerio público en ejercicio de funciones constitucionales, por lo que no es el medio para que los usuarios no asegurados soliciten la falta de atención médica u otorgamiento de medicamentos.

En seguimiento del análisis de las normas jurídicas que regulan el derecho a la salud en México nos encontramos a la Ley General de Salud, la cual es la ley reglamentaria del Derecho a la Salud y establece en su primer numeral:

La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

De igual manera expone que las familias y personas que no sean derechohabientes de los seguros sociales o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, se incorporarán al Sistema de Protección Social en Salud que la propia Ley General de Salud regula y cuyos objetivos están plasmados en el art. 2º:

El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana.
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación.
- V. Conservación, mejoramiento y restauración de la salud.
- VI. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.
- VII. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.
- VIII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

La pregunta obligada es ¿de qué manera se garantiza el cumplimiento de dichas finalidades para los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud? y en caso de incumplimiento o insatisfacción de los beneficiarios de dicho sistema ¿con qué herramientas jurídicas cuentan para exigir su derecho a la salud?

Este es uno de los problemas más grandes de los derechos fundamentales sociales: el determinar los elementos de exigibilidad jurídica o justiciabilidad, de lo contrario quedan en ojos de los ciudadanos reducidos a un catálogo de buenas intenciones del Estado y falsas promesas políticas.

El problema inicia desde lo abstracto de su definición, porque no se cuenta con un contenido exacto de aplicación y por ende de exigibilidad. Pero respecto al ejemplo antes mencionado de los medios jurídico-administrativos, que los principales seguros sociales del país: IMSS, ISSSTE e ISSFAM proporcionan en sus legislaciones, es una clara muestra de que es posible. La tarea nada sencilla consiste en: 1) Ampliar la cobertura del sistema de salud a toda la población, bajo un esquema universalista que garantice el acceso a los servicios de salud en igualdad de condiciones a toda la población, con derecho a los mismos beneficios y 2) Garantizar su justiciabilidad mediante la descripción objetiva de las prestaciones a otorgar en materia de salud y, lo más importante y comprometedor para el Estado: delimitar los mecanismos jurídicos de exigibilidad de las mismas.

EL SISTEMA DE SALUD

Para poder hablar de un sistema y sin entrar al debate teórico filosófico al que el tema nos puede conducir, nos podemos apoyar en las aportaciones de Ludwig von Bertalanffy,¹² quien es el padre la Teoría General de los Sistemas y afirma que sistema es: “un conjunto de elementos, dinámicamente relacionados, formando una actividad, para alcanzar un objetivo”. En este sentido el concepto se refuerza al encontrar relación con lo expresado por la Real Academia Española sobre el mismo: “Conjunto de cosas que relacionadas entre sí ordenadamente contribuyen a determinado objeto”.¹³

Tomando como base las anteriores definiciones y contrastándolas con la realidad, resulta difícil afirmar que en México exista un sistema de atención a la salud, puesto que si así fuera no tendríamos casos dramáticos de pacientes que fallecen frente a las puertas de un hospital privado, mientras esperan la ambulancia de la

¹² Ludwig von Bertalanffy, *Teoría general de sistemas*. Petrópolis, Vozes. 1976.

¹³ *Diccionario de la Lengua Española*, 22ª ed., Real Academia Española, en <<http://www.rae.es/>>. [Consulta: 8 de febrero 2010.]

cruz roja o de algún seguro social para ser atendidos; o tampoco veríamos la negación de los servicios a derechohabientes mediante incorporación voluntaria del IMSS por haber contraído VIH.¹⁴ La organización y articulación debería, tener por resultado la cobertura universal y la supletoriedad de los prestadores de servicios en el otorgamiento de los mismos en beneficio del paciente. Por lo que estamos en presencia de diversas instituciones, que pese a la coordinación encomendada a la Secretaría de Salud, no se cuenta con la debida organización que garantice su eficacia y eficiencia y cristalice así la inclusión de todos los mexicanos en los servicios de atención a la salud con prestaciones médicas preventivas y curativas, con abasto de infraestructura, recursos humanos y medicamentos óptimos, en los aspectos de atención biológicos, psicológicos y sociales.

La Ley General de Salud reconoce como partes integrantes de este “sistema” a las siguientes instituciones: “Artículo 5. El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud”.

Al respecto se pueden señalar los siguientes elementos:

- a) Dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local. En este inciso se incluyen en seguimiento al art. 4 de la citada ley al:
 - Presidente de la República; a quien por conducto de la Secretaría de Salud le compete coordinar el Sistema Nacional de Salud;
 - Consejo de Salubridad General, el cual es un órgano que depende directamente del Presidente de la República en los términos del art. 73, fracción xvi, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Está integrado por un presidente que será el Secretario de Salud, un secretario y trece vocales titulares, dos de los cuales serán los presidentes de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía, y los vocales que su propio reglamento determine. Y según la fracción vi del art. 17 le corresponde también participar en el ámbito de su competencia establecida por el ordenamiento legal en comento en la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

¹⁴ Para ampliar véase la fracción II, del art. 82 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, así como el apartado del financiamiento en este artículo.

- Secretaría de Salud, cuya función principal es la de coordinar el sistema de salud, así como en seguimiento al art. 17 bis ejercer las atribuciones de regulación, control y fomento sanitarios, entre otras.
 - Gobiernos de las entidades federativas incluyendo al Distrito Federal. Además de organizar, operar y evaluar las prestaciones sanitarias que se otorguen en cada entidad federativa y las demás funciones que les impone el numeral 13, apartado B de la Ley General de Salud, tienen dentro del Sistema Nacional de Salud la obligación de coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, además de planear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el primero.
- b) Las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud. Al respecto el art. 38 señala que son servicios de salud privados “los que presten personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, y sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles”.
- Y son servicios de salud de carácter social, con base en el artículo 39 del multicitado ordenamiento legal “los que presten, directamente o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos, los grupos y organizaciones sociales a sus miembros y a los beneficiarios de los mismos”.
- c) Los mecanismos de coordinación de acciones. Se regulan en la propia Ley General de Salud en específico para coordinar acciones y competencias entre la Federación y las entidades federativas a través de un Convenio Marco Único de Desarrollo (art. 18).

Como se puede observar son elementos integrantes tanto el Estado como las entidades federativas, así como los prestadores públicos (los seguros sociales, entre otros) y los propios particulares; sin embargo, los vínculos de coordinación existentes son tan endeble que no logran establecer una red sanitaria universal y por ello muchos de los individuos, caen fácilmente de esa red y nos encontramos con más ejemplos como los de personas que sin tener la capacidad de pago se ven obligados a solicitar atención privada, limitada a sus recursos económicos o la baja cantidad de médicos y camas de hospital, por cada mil habitantes: 1.8 y 0.8 respectivamente.¹⁵ Lo anterior se reduce a la afirmación de que la coordinación

¹⁵ En el ámbito nacional, de acuerdo con Índice Social, por cada 2 mil habitantes hay tres médicos, un consultorio y cuatro enfermeras, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda entre dos y tres médicos por cada mil habitantes. Además, en el país, según datos de la Secretaría de

del Sistema Nacional de Salud no logra proporcionar certidumbre en la atención de la población mexicana.

1. Cobertura poblacional

Como se ha mencionado a lo largo de este trabajo uno de los problemas es la cobertura de la atención a la salud. Esta tiene dos aspectos a analizar: la cobertura poblacional y el segundo es la inequidad en los servicios que se otorgan a la población cubierta.

Sobre la cobertura poblacional se debe mencionar que actualmente somos 108 396 211¹⁶ millones de habitantes. De los cuales más de 21 432 de millones¹⁷ mexicanos se encuentran asegurados por alguna institución o programa existente de seguridad social, y que a ellos podemos sumar un poco más de 32¹⁸ millones de familiares con derechos, además de 6 millones¹⁹ entre pensionados, jubilados y familiares con derechos. En suma, estamos hablando 63 006.5 millones de derechohabientes a alguna institución de seguridad social. Distribuidos de la siguiente manera: 50 770.0 millones habitantes son derechohabientes del IMSS, 11 171.0 pertenecen al ISSSTE, 1 065.5 se encuentran dentro del ISSFAM y Pemex.²⁰

No obstante, podemos mencionar que estas cifras nos dejan ver la magnitud del problema que enfrentamos, pues tenemos más de 45.7 millones de personas que trabajan y de ellos ni la mitad se encuentra incorporada a la seguridad social.²¹ Cabe señalar que 43.2 millones son usuarios del Sistema de Salud, de los

Salud, hay 1.8 médicos por cada mil habitantes. "El sistema de salud en México esta enfermo", *El Universal*, 2 de junio de 2009. En <<http://www.heraldoags.net/www/noticias/nacional/4058-mexico-el-que-menos-gasta-en-salud-ocde-.html>>. [Consulta: 4 de febrero 2010.]

¹⁶ "Indicadores demográficos 2005-2050", en <<http://www.conapo.gob.mx/00cifras/proy/RM.xls>>. [Consulta: 8 de febrero de 2010.]

¹⁷ "Atención médica de elite para 96 mil burócratas", en <<http://www.radio.larnr.org/?p=10168>>. [Consulta: 9 de febrero de 2010.]

¹⁸ "México de un vistazo 2009. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI", en <http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/mexvista/2009/mexvis2009.pdf> [Consulta: 09 de febrero de 2010], p. 24.

¹⁹ *Idem*.

²⁰ "Centro de Estudios de Finanzas, 2009", en <<http://www.cefp.gob.mx/notas/2009/notacefp0152009.pdf>>. [Consulta: 10 de febrero de 2010.]

²¹ Mario Luis Fuentes, "Demografía y pobreza: los desafíos hacia 2050", en <<http://www.exonline.com.mx/XStatic/excelsior/template/notatexto.aspx?id=667742&height=550&width=850>>. [Consulta: 8 de febrero 2010.]

cuales 27.2 millones hacen uso del Seguro Popular de Salud.²² Sin embargo, podemos decir, que aún estamos lejos de que el total de la población mexicana tenga seguridad social, ya que existe un número considerable de mexicanos que sólo tiene protección social en salud, olvidando que la seguridad social es mucho más que la atención en salud sin garantía de exigibilidad.

México se ha visto en la necesidad de aplicar diversos mecanismos de protección social, tal es el caso del seguro popular, el cual simplemente da atención médica y en algunos de los casos simplemente se queda como un dispensario médico debido a la falta de una buena estructura física y económica. Cabe señalar, que la población total afiliada en el Seguro Popular de Salud asciende a 27 millones de afiliados.²³ Este sistema de protección social, únicamente tiende a proteger a la población que no es derechohabiente de algún instituto de seguridad, ya sea porque se encuentre en la economía informal o bien porque su situación económica no le es suficiente para satisfacer de forma privada sus necesidades de atención a la salud.²⁴

Jurídicamente se debe criticar que mientras el primer párrafo del artículo 77 bis señala que “Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social”, el numeral 77 bis 3 del citado ordenamiento contraviene lo resaltado señalando como sujetos de incorporación al Sistema de Protección Social en Salud a los no derechohabientes de los seguros sociales, al respecto se transcribe el artículo en comento:

Las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, se incorporarán al Sistema de Protección Social en Salud que les corresponda en razón de su domicilio, con lo cual gozarán de las acciones de protección en salud a que se refiere este Título.

Esta contradicción es discriminante para los derechohabientes de seguros sociales; sin embargo, sabemos que en la práctica la garantía de atención que ofrecen los seguros sociales no se contempla por el Sistema de Protección en Salud.

²² “Centro de Estudios de Finanzas, 2009”, en <http://www.cefp.gob.mx/notas/2009/notacefp015_2009.pdf>. [Consulta: 10 de febrero de 2010].

²³ “Aumento a 29% la afiliación al seguro popular de salud, 2007”, en <<http://www.presidencia.gob.mx/prensa/ultimasnoticias/?contenido=31302>>. [Consulta: 4 de febrero 2010.]

²⁴ Cabe señalar que el seguro popular simplemente otorga los servicios médicos que se encuentran dentro del Catálogo Universal de Servicios Esencial (CAUSES).

El siguiente elemento a analizar es la cobertura en servicios, es decir, las prestaciones en materia de salud que se otorgan en México, las cuales se analizarán en el siguiente punto.

2. Prestaciones

Un parteaguas histórico de la legislación para el otorgamiento de las prestaciones para la atención a la salud es el surgimiento del primer seguro social, el cual fue el “Seguro de Enfermedad” creado por el canciller alemán Otto von Bismarck en la Ley del 15 de julio de 1883 (nótese que fue creado antes del seguro de riesgos de trabajo) y posteriormente el 15 de julio de 1948 el Plan Beveridge sorprende al mundo al proponer “como uno de sus elementos claves el establecimiento de un Servicio Nacional de Salud que cubriera a toda la población [británica] para proveerla de todas las prestaciones sanitarias, tanto preventivas como curativas y rehabilitadoras”.²⁵

Es dentro del desarrollo de esos dos modelos que el mundo occidental ha establecido su sistema de atención a la salud y en México, si bien existió la idea plasmada en la Carta Magna de lograr la universalidad de cobertura mediante los seguros sociales, como se observó, los hechos demuestran hoy en día que la tendencia es establecer otras figuras asistencialistas como el “Seguro Popular de Salud” para intentar dar atención a toda la población; sin embargo un factor muy importante lo constituye el tipo de prestaciones que se otorgan dentro de los seguros sociales y los instrumentos de la asistencia social.

Dentro del análisis de la problemática derivada del otorgamiento de las prestaciones en salud hay dos aspectos que se deben mencionar:

1. La inequidad en el otorgamiento de las prestaciones.
2. Prevalencia de la medicina curativa sobre la preventiva.

Sobre el primero se debe señalar que dentro de los seguros sociales, específicamente en el IMSS, los servicios de atención a la salud se dividen en tres niveles para otorgar las prestaciones médicas a la población derechohabiente, el Instituto dispondrá de un sistema de unidades médicas organizadas:

I. Primer nivel de atención. Lo constituyen las Unidades de Medicina Familiar en donde se otorgan servicios de salud integrales y continuos al individuo y su familia. Es el sitio de entrada al sistema de salud institucional.

²⁵ Joaquín Aparicio, *La seguridad social y la protección de la salud*, Madrid, España, Civitas, 1989, p. 25.

II. Segundo nivel de atención. Lo constituyen los hospitales generales de subzona, zona o región en donde se atiende a los pacientes, remitidos por los servicios de los distintos niveles de atención, de acuerdo a la regionalización de los mismos, para recibir atención diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación de conformidad a la complejidad de su padecimiento.

III. Tercer nivel de atención. Es la red de hospitales de alta tecnología y máxima resolución diagnóstica-terapéutica. En ellos se atiende a los pacientes que los hospitales del segundo nivel de atención remiten, o por excepción los que el primer nivel envíen de conformidad a la complejidad del padecimiento.²⁶

Por su parte la atención a la salud en México para los no derechohabientes de los seguros sociales incluirá como mínimo los dos primeros niveles según lo dispone el art. 77 bis 1 de la Ley General de Salud, el cual establece que el primer nivel deberá contemplar “como mínimo”, los servicios de consulta externa, para el segundo nivel los servicios de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría. Omitiendo la designación mínima de servicios para la atención en el tercer nivel, la cual es considerada como la atención médica de alta especialidad. Estos servicios si se otorgan mediante los Institutos Nacionales de Salud siguientes: Hospital Infantil de México, institutos nacionales de Cardiología, de Oncología, de Ciencias Médicas y de Nutrición, de Enfermedades Respiratorias, de Neurología y Neurocirugía, de Pediatría, de Perinatología, de Psiquiatría, de Salud Pública, de Rehabilitación y de Medicina Genómica.

Como se puede observar, desde la propia legislación se da la discriminación en la atención y más aún en la garantización en el otorgamiento de los servicios de salud para los derechohabientes de los asegurados y los que no lo son.

Sobre el segundo: la prevalencia de la medicina curativa sobre la preventiva, se puede señalar que los presupuestos asignados para atención a la salud son mayoritariamente distribuidos para atención y no prevención, aun en países desarrollados. Por ejemplo, un estudio del Instituto para Epidemiología y Medicina Social de la Universidad Münster en Alemania refleja que en general, los médicos están predispuestos a recetar muchos medicamentos y muy poco a recomendar estilos de vida saludables que prevengan las enfermedades.²⁷

²⁶ Artículo 4° del Reglamento de Servicios Médicos del IMSS.

²⁷ “Zu wenig Vorbeugung – zu viel Verlass auf Medikamente”, en <http://www.focus.de/gesundheit/ticker/medizin-zu-wenig-vorbeugung-zu-viel-verlass-auf-medikamente_aid_382531.html>. [Consulta: 8 de febrero 2010.]

3. Financiación

Durante muchos años la atención a la salud giró en torno a las medidas que se podían tomar de acuerdo a los recursos disponibles y, hoy en día es necesario replantear las políticas públicas en salud identificando los problemas presentes y futuros²⁸ y no sólo asignando los recursos de acuerdo a políticas internacionales establecidas por organismos como el Banco Mundial, entre otros.

Los cambios en la financiación de los servicios de atención a la salud en México en las últimas décadas²⁹ se deben principalmente a las crisis económicas por las que hemos atravesado, a los cambios poblacionales y epidemiológicos, así como también al innegable efecto que la globalización está teniendo en las políticas de salud. Sobre este punto podemos hacer referencia desde el Consenso de Washington,³⁰ el cual ya incluyó en su listado un punto específico sobre las privatizaciones, justificándolo con el argumento de que la industria privada se administra más eficientemente que la empresa estatal. Desde esta óptica es que se han dado las privatizaciones en muchos servicios públicos, a los que no escaparon la administración de las pensiones del IMSS, la cual nos ha demostrado, tras más de dos quinquenios, que no solucionó los problemas financieros de ese instituto, ni de los derechohabientes; y pese a ello y en obediencia al principio neo liberalizador se incluye –más recientemente–, a las pensiones del ISSSTE en el modelo de capitalización individualizada con trasfondo de privatización.

²⁸ Paul A. Lamarche, "Retos de los Sistemas de Salud en América del Norte", en Ph. Freeman, *Los sistemas de salud ante la globalización*, p. 90.

²⁹ Para el año de 1990 el gasto del PIB en salud fue del 2.76 %, en el año 2000 equivalente a 2.6% y en el 2009 es de: 3.9% "Gasto en salud como porcentaje del PIB, 2005", en <http://www.oecd.org/document/24/0,3343,es_36288966_36288553_40588056_1_1_1_1,00.html>. [Consulta: 8 de febrero 2010.]

³⁰ Max Larraín, "Consenso de Washington: ¿Gobernador de gobiernos?", en <http://members.tripod.com/~propolco/4sem/washington.htm>>. [Consulta: 8 de febrero 2010.]

En la década de los 90, después de la caída del Muro de Berlín, el socialismo real como sistema económico fue cuestionado y abandonado. Al mismo tiempo determinados círculos económicos intentaron crear un listado de medidas de político-económicas que vendrían a constituir un paradigma único para la economía capitalista. Este listado se utilizaría para orientar a los gobiernos de países en desarrollo y a organismos internacionales tales como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, para valorar los avances en materia económica de los primeros, los cuales piden ayuda a los últimos.

Diversos especialistas, dentro de los que destacan: Odilia Ulloa, Gonzalo Rojas³¹ y anterior a ellos Ma. Luisa Musso,³² señalaron atinadamente hace varios años cómo la reforma a la Ley del IMSS de 1995 (que entró en vigor en 1997) dejó abierta la puerta a la privatización de la atención a la salud a los derechohabientes de ese instituto.

Si bien ya existían los convenios de subrogación de servicios y reversión de cuotas (las cuales son un mecanismo para contratar servicios con la misma empresa o con instituciones privadas), la reforma faculta al Consejo Técnico para que autorice la celebración de convenios y emita las disposiciones necesarias sobre la reversión de cuotas y prestación indirectas de servicios.

Los datos señalan como paulatinamente se ha ido preparando el campo para que se dé la legitimación por los propios derechohabientes del IMSS. Es decir, derivado del deterioro en la calidad: eficiencia y eficacia del otorgamiento de las prestaciones sanitarias del IMSS, serán sus propios derechohabientes los que no sólo acepten, sino pidan que sean las instituciones privadas las encargadas de otorgar servicios de atención a la salud.

Esta estrategia de legitimación de la privatización es evidente mediante los siguientes puntos:

1. La reforma normativa que faculta la privatización, tangible mediante el art. 9, fr. 3 del Reglamento de Servicios Médicos, el cual señala que el IMSS proporcionará las prestaciones del Seguro de Enfermedades y Maternidad, en cualquiera de las formas siguientes: "III.- Indirectamente, mediante convenios con quienes tuvieren establecidos los servicios médicos y hospitalarios, pudiendo convenirse si se tratare de patrones con obligación al seguro, en la reversión de cuotas, en los términos de la Ley y del Reglamento de Subrogación de Servicios". También es destacable el numeral 251 de la Ley del Seguro Social porque señala que es facultad del IMSS prestar sus servicios a quienes no sean sus derechohabientes, a título oneroso, a efecto de utilizar de manera eficiente su capacidad instalada y coadyuvar al financiamiento de su operación. Lo cual la coloca a nivel de cualquier ente privatizado de atención a la salud y le permite incorporarse a la competencia privada.

³¹ Gonzalo Rojas Arreola y Odilia Ulloa Padilla, "Seguridad social en México: Presente y Futuro", en Marcia Muñoz de Alba Medrano, *Temas selectos de salud y derecho*, México, UNAM, 2002, pp. 33-87.

³² Ma. Luisa Musso, "Hacia una alternativa de reforma al Seguro de Enfermedad y Maternidad del IMSS", en Berenice P. Ramírez López, *La seguridad social reformas y retos*, México, UNAM, 1999, pp. 111-123.

2. Posterior a las reformas jurídicas son reconocibles varias medidas prácticas que influyen en el déficit financiero en el seguro de enfermedades y maternidad.
 - El detrimento de la calidad de las prestaciones, la cual es constatable mediante: la insuficiencia de materiales médicos, desabasto de medicamentos y productos radiológicos, diferimiento de citas, falta de mantenimiento de los equipos tecnológicos, déficit de personal médico y de enfermería, entre otras.
 - El aumento de gastos derivados de la subrogación de servicios en lugar de inversiones en el propio IMSS. Para el año 2006 el IMSS aumentó en 52.1% el gasto en servicios generales y subrogación de servicios.³³ Existen indicios de que el IMSS eroga cada año millones de pesos para cubrir los servicios subrogados a particulares; éstos se encuentran cubiertos por los contratos de subrogación con empresas privadas celebrados en el año 2006, cuya suma ascendió a más de 149 millones de pesos, en 2007, 240 millones de pesos, en 2008 a 134 millones de pesos,³⁴ y para este último año en 2009, fue de 159 millones de pesos.³⁵
 - Aplicación de una política de contención de gastos en el IMSS, en detrimento de la calidad de los servicios en materia de salud. El porcentaje del PIB destinado al IMSS en el año 1990 (como se presenta en el siguiente cuadro) fue equivalente al 1.88%, en el año de la reforma aumentó a 2.30% y disminuyó en el año 2009 a sólo 2.2%, mientras que los derechohabientes aumentaron de 34 millones en 1995 a 44 en el año 2009, es decir, un aumento del 30.9%. Lo mismo ocurre si se revisa el rubro de camas por paciente, mientras que en 1995 eran 0.8 por cada habitantes en el año 2009 aumentaron sólo a 0.83.

³³ “Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, Cámara de Diputados notacefp/056/2006, 27 de julio de 2006”, en <<http://www.cefp.gob.mx/notas/2006/notacefp0562006.pdf>>. [Consulta 8 de febrero 2010.]

³⁴ Véase notas periodísticas de <<http://www.voltairenet.org/article158970.html>, <http://revistafortuna.com.mx/contenido/index.php/2008/12/15/imss-subrogaciones-millonarias-a-empresas-privadas/>>; así como los resultados de los “Informes de los Resultados de la Revisión y Fiscalización Superior de la Cuenta Pública, años 2006, 2007 y 2008”, en <<http://www.asf.gob.mx/trans/Obliga/Resumenejec07.pdf>>.

³⁵ “Centro de Estudios de Finanzas, 2009”, en <<http://www.cefp.gob.mx/notas/2009/notacefp0152009.pdf>>. [Consulta: 10 de febrero de 2010.]

Cuadro 1. *Comparativo del Presupuesto del IMSS, derechohabientes y personal médico en los años 1990, 1995, 2000, 2005 y 2009*

	1990	1995	2000	2005	2009
% PIB al IMSS para gasto en salud	1.88%	2.30%	2.41%	2.60%	2.2%
Derechohabientes IMSS	38 575 000	34 324 000	46 534 000	44 961 000	44 934 587
Médicos del IMSS por cada 1000 pacientes	1	ND	ND	1.28	1.8
Médicos del IMSS a nivel nacional	39 772	47 420	53 475	46 789	54 000
Camas del IMSS por 1000 pacientes	ND	0.8	ND	1.24	0.83
Consultas generales del IMSS	53 018	63 512	71 395	66 973	65 749
Consultas de especialidad	11 297	14 389	15 922	17 455	18 978

*Elaboración personal a partir de datos proporcionados por los informes de gobierno de los años consultados, INEGI, así como por el propio IMSS.*³⁶

- Reducción del núcleo derechohabiente mediante normas jurídicas que imposibilitan su atención médica. Entre otras causas aquí se centra haber reducido los derechohabientes de 46 millones del año 2000 a 44 en 2009. Para ejemplo basta con observar la lista de requisitos establecidos por el art. 82 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, del cual sobresale que los derechohabientes con enfermedades crónicas o congénitas,

³⁶ Véase referencias en: "Primer Informe de Gobierno del Presidente Vicente Fox Quesada", en <<http://primer.informe.fox.presidencia.gob.mx/index.php?idseccion=124>>. "Población derechohabiente del IMSS y del ISSSTE" en <<http://sexto.informe.fox.presidencia.gob.mx/docs/anexo/pdf/P116.pdf>>. "Indicadores seleccionados de las instituciones públicas del sector salud", en <<http://www2.inegi.org.mx:1212/inegi/contenidos/espanol/avantgo/mexicoc/4t5.asp?proyecto=2&tema=4&subtema=5>>, "Influenza Vs. Tratamiento hospitalario", en <<http://bernardogs.wordpress.com/2009/05/20/influenza-vs-tratamiento-hospitalario/>>. "Incidencia social, 1900-2005", en <http://www.tecnologia-web.com/observatorio/images/PDF_SIDESC/Macroeconomico/demografico/poblaci%F3n%20total%20por%20estad%201995_2005.pdf?phpMyAdmin=6625a6981ee0ccc0e37bcc66416af9ae>. "Otorga el IMSS, 65 millones de consultas", en <<http://internacionalsalud.blogspot.com/2009/09/otorgo-imss-mas-de-65-millones-de.html>>.

no podrán acceder al aseguramiento mediante la figura incorporación voluntaria al régimen obligatorio donde se encuentran entre otros: los trabajadores domésticos, los profesionistas independientes, los ejidatarios y los trabajadores en industrias familiares. El reglamento imposibilita su atención o condiciona la misma al cumplimiento de los tiempos de espera, los cuales según el art. 83 del citado ordenamiento legal van desde 10 meses para un parto, hasta 2 años para acceder a una cirugía ortopédica. Sin dejar de mencionar que personas con padecimientos de tumores malignos; enfermedades crónico degenerativas, adicciones como alcoholismo y otras toxicomanías; trastornos mentales como psicosis y demencias; enfermedades congénitas y síndrome de inmunodeficiencia adquirida o Virus de Inmunodeficiencia Adquirida Humana positivo (VIH), por resaltar algunas, no serán aseguradas. Esto nos demuestra la extinción del principio de solidaridad al aplicar las normas legales favoreciendo la economía sobre la necesidad de los derechohabientes.

Ligado al factor de las privatizaciones se debe observar de qué manera se integra actualmente el financiamiento del sector salud en México: éste se nutre de dos fuentes: recursos públicos y privados.

Por cuanto a los recursos públicos podemos decir que éstos provienen de la recaudación de impuestos principalmente y de otros ingresos gubernamentales no tributarios. Por lo que corresponde al gasto privado, éste lo financian las familias, con sus propios recursos, las ONG (Organizaciones no gubernamentales) y las empresas privadas.

De acuerdo con la información emitida por la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) fue precisamente quien descubrió que el gasto privado en salud representa más de la mitad del gasto total en salud.³⁷

De acuerdo con los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 10% de los hogares más pobres en nuestro país hicieron uso de 9.6% de su ingreso total en pagos de bolsillo para la adquisición de

³⁷ Cabe señalar que es precisamente 56% del gasto total en salud que proviene de fuentes privadas. En comparación con otros países este porcentaje viene a ser superior al de otros países latinoamericanos, tales como: Costa Rica (31.7%), Argentina (45%) y Colombia (44.2%), pero menor al de Chile (57.4%) y Brasil (59.2%). En Sergio Sesma-Vázquez, Raymundo Pérez-Rico, Tania Martínez-Monroy y Edith Arely Lemus-Carmona, "Gasto privado en salud, por entidad federativa en México", en <<http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000518>>. [Consulta: 8 de febrero 2010.]

bienes y servicios de salud, a diferencia de sólo 4.5% de 10% de los hogares más ricos.³⁸

Estos datos aunados al tema de la privatización de los servicios de salud en los seguros sociales mexicanos nos permiten vislumbrar como el privatizar el otorgamiento de servicios sanitarios traerá como efecto que 60% de la población mexicana (derechohabiente a un seguro social) reduzca su calidad de vida mediante el detrimento del cuidado de su salud, derivado de que la capacidad de pago es proporcional a los servicios que se pueden comprar y no a los que realmente se necesitan.

PRINCIPALES ENFERMEDADES EN MÉXICO, SU EVOLUCIÓN Y COSTOS DE ATENCIÓN

Las causas de mortalidad en este país han cambiado por diversas causas, el aumento de tecnología, cambios en los patrones alimentarios, estilo de vida, clima, etc. Lo que hacen que en la realidad exista un alto índice de personas que padecen enfermedades crónico-degenerativas y que no son atendidas por los altos costos que estas requieren. Las principales enfermedades en nuestro país que requieren de una mayor atención médica y cuidado son las siguientes: la obesidad y la diabetes, por lo que considero pertinente hacer una breve reflexión sobre cada una de ellas.

1. Obesidad

En la actualidad uno de los problemas que aqueja a una buena parte de la población sin distinción de sexo, raza o edad, y que además de todo tiene una relación con el estilo de vida de la misma, es precisamente el exceso de peso o mejor conocido como obesidad.

El sobrepeso es un problema que trae consigo una carga económica sobre los recursos nacionales. Ya que “la obesidad es un problema de salud pública porque es la principal causa de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, enfermedades del corazón e infartos cerebrales”.³⁹ Como sabemos la obesidad es una enfermedad en la cual se reservan energías y cuyo almacenamiento va pre-

³⁸ *Idem*.

³⁹ “Obesidad”, en <<http://www.tusalud.com.mx/site/viewa.asp?ida=150>>. [Consulta: 8 de febrero 2010.]

cisamente en el tejido adiposo de los seres humanos y que se incrementa hasta cierto punto donde se asocia con ciertas condiciones de salud o un incremento de la mortalidad.⁴⁰

Hoy en día, existen 400 millones de adultos obesos en el mundo y la Organización Mundial de la Salud calcula que para el año 2015 serán cerca de 700 millones de personas con sobrepeso.⁴¹ Cabe señalar que en México, existen alrededor de 44 millones de personas con sobrepeso, lo que nos coloca como el segundo país a nivel mundial después de Estados Unidos con una mayor cantidad de población con obesidad.⁴²

Esta enfermedad desde el punto de vista de la economía constituye un gasto público muy importante, ya que 11.6% de todos los gastos destinados a salud están relacionados con la obesidad y si a ello le agregamos, que esta enfermedad trae aparejadas más complicaciones como cáncer de colón, cáncer endometrial, cáncer de mama, osteoartritis, enfermedad de vejiga, enfermedad arterial coronaria, hipertensión, diabetes tipo 2, entre otras;⁴³ el costo en pesos que nuestro país tiene que sufragar por este problema es de aproximadamente 3 mil 578 millones de dólares para poder combatir la obesidad.⁴⁴

2. Diabetes Mellitus

Esta enfermedad es un desorden del metabolismo que afecta el proceso que convierte el alimento que ingerimos en energía. La insulina, que es una hormona segregada por el páncreas es el factor más importante en este proceso. Durante la digestión se descomponen los alimentos para crear glucosa, la mayor fuente de combustible para el cuerpo. Esta glucosa pasa a la sangre, donde la insulina le permite entrar en las células. En personas con diabetes, una de dos componentes de este sistema falla:

⁴⁰ Cfr. "Obesidad", en <<http://es.wikipedia.org/wiki/obesidad>>. [Consulta: 8 de febrero 2010.]

⁴¹ Cfr. "Psicomentarios: Los gorditos en el mundo actual, 2008", en <<http://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/353158.psicomentarios-los-gorditos-en-el-mundo-actua.html>>. [Consulta: 8 de febrero 2010.]

⁴² "México, el segundo país con más obesos del mundo, después de EEUU, 2007", en <<http://www.terra.com/salud/articulo/html/sal10454.htm>>. [Consulta: 8 de febrero 2010.]

⁴³ Cfr. "México está tomando medidas. Entendiendo al sobrepeso y a la obesidad", en <www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/galeria/Dr_Guillermo_Fanghanel_Salmon.pps+costos+de+la+obesidad+en+M%C3%A9xico&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=mx/>. [Consulta: 8 de febrero 2010.]

⁴⁴ "El gasto gordo de México", en <http://www.ochocolumnas.com.mx/2008/06/NFI080602_01.html>. [Consulta: 8 de febrero 2010.]

- el páncreas no produce, o produce poca insulina o
- las células del cuerpo no responden a la insulina que se produce.⁴⁵

Dentro de las causas existe un fuerte factor hereditario que predispone hacia ambos tipos de diabetes. Sin embargo, como ocurre con muchos factores hereditarios, la presencia de factores externos puede proveer las condiciones adecuadas para que esta predisposición se manifieste o no. En la actualidad está comprobado que la obesidad y el consumo excesivo de grasas son factores decisivos.

Hoy en día “hay más de 140 millones de personas con diabetes en el mundo, y se prevé que la cifra aumente hasta 300 millones hacia el 2025, principalmente debido al crecimiento de la población, su mayor edad y la urbanización”.⁴⁶

La diabetes es una de las principales causas de muerte de la población, sobre todo por las complicaciones crónicas que se desarrollan en su evolución, lo que implica elevados costos económicos para su mantenimiento y control por parte de los países tanto desarrollados, como en vías de desarrollo.

Esta enfermedad económicamente implica un gasto público muy importante, es de las que más caras resultan a la sociedad, por la mortalidad temprana, invalidez laboral y costos generados por sus complicaciones y su tratamiento. Los pacientes diabéticos consumen de 2 a 5 veces más recursos sanitarios en proporción a la población no diabética.⁴⁷

Según la Federación Internacional para la Diabetes, los costos directos e indirectos de la diabetes para México son entre 330 y 100 millones de dólares anuales, respectivamente, y aumentan 3.5 veces por sus complicaciones vasculares.⁴⁸ Tan sólo para el IMSS su atención ocupa entre 14 y 15% de los recursos anuales destinados a salud.⁴⁹

Hablar de los costos que genera esta enfermedad para las instituciones gestoras de los seguros sociales en nuestro país es hablar de dos aspectos que tienen incidencia directa: Los costos por prevención (educación diabetológica) y control para evitar los estragos generados por la enfermedad o, al menos, retrasarlos y el segundo son los gastos de la curación, que es una de las finalidades de los seguros de salud: “curar o limitar el daño en la salud de un paciente, mediante la

⁴⁵ Cfr. “Diabetes”, en <<http://www.endocrinologist.com/Espanol/diabetes.htm>>. [Consulta: 4 de febrero 2010.]

⁴⁶ “Día Mundial de la Diabetes”, en <<http://eddie2.tripod.com.mx/diabetes/id1.html>>. [Consulta: 8 de febrero 2010.]

⁴⁷ *Idem*.

⁴⁸ “Diabetes, su costo social”, en <<http://www.invdes.com.mx/activacioncathistorial.asp?YearID=6&Year=2003&MesID=10&Mes=Octubre&SubCategorialD=1139&CategorialD=2>>. [Consulta: 8 de febrero 2010.]

⁴⁹ *Idem*.

aplicación de los conocimientos médicos y de las técnicas quirúrgicas aceptadas por la medicina”;⁵⁰ sin embargo, poco se ha invertido en la prevención y es precisamente el déficit financiero el que limita a dedicar la mayor parte de los recursos financieros a la medicina curativa y no a la preventiva, entre otras cosas por la necesidad actual y porque los resultados de la inversión en prevención, no se observan inmediatamente, como en las terapias curativas, sino a largo plazo.

SALUD Y MEDIO AMBIENTE

Un punto no menos importante, poco analizado y contemplado escuetamente por las leyes mexicanas, son los efectos del medio ambiente en la salud de la población o mejor dicho cómo el deterioro del medio ambiente conlleva al menoscabo de la salud de los habitantes de México.

Las acciones legales y publicitarias a favor del medio ambiente y de la salud se concentran en reflejar la malignidad de las habitaciones llenas de humo, las calles ruidosas y el aire contaminado, porque muchas causas de deterioro para el medio ambiente se pueden ver, oír y oler; sin embargo hay algunas, cuyos riesgos son dramáticos para la salud de los humanos y del medio ambiente y no son apreciables naturalmente mediante los sentidos; tal es el caso de los agentes contaminadores químicos y biológicos mezclados en el oxígeno que respiramos, en los productos que adquirimos o en la alimentación que ingerimos.

Las acciones que protegen contra riesgos a la salud van más allá del ámbito de la atención médica o los servicios personales de salud. Existe un conjunto amplio de acciones comprendidas en el campo sanitario y preventivo que no sólo forman parte esencial de todo sistema de salud, sino que son también las intervenciones que más contribuyen a mejorar las condiciones de salud de la población a un costo razonable y también del medio ambiente.

Parece que en la legislación poco se toma en cuenta que afectar el medio ambiente trae aparejadas consecuencias nocivas también para los seres humanos; sin embargo, la Ley General de Salud dedica a este tema el capítulo IV denominado: Efectos del ambiente en la salud, en el cual se establece que la formulación y conducción de la política de saneamiento ambiental corresponde a la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología en coordinación con la Secretaría de Salud, pero las normas y medidas serán establecidas por las autoridades sanitarias. Al respecto se debe señalar que carecemos de una coordinación normativa que permita la interacción del Derecho Fiscal, con el Penal y el Derecho a la Salud, para que

⁵⁰ Párrafo IV del art. 28, del Reglamento de Servicios Médicos del IMSS

mediante cargas impositivas a los que afecten el medio ambiente o generen riesgos a la salud, aparte de las sanciones por atentar a la salud pública, se generen los recursos y se destinen al saneamiento ambiental como parte de las políticas de salud preventivas de enfermedades.

ATENCIÓN A LA SALUD Y GLOBALIZACIÓN

Un cambio interesante que se dio en el mundo entero, además del desarrollo de la tecnología, es el proceso de globalización, el cual viene a reducir las fronteras entre las naciones y permite el acceso a la información desde cualquier parte del mundo, así como el traslado de mercancías, tecnología y personas.

Para poder comprender este proceso de globalización es necesario entenderlo, de acuerdo con la definición de James H. Mittelman, como “una fusión de procesos transnacionales y estructuras domésticas que permiten que la economía, la política, la cultura y la ideología de un país penetre en otro. La globalización es inducida por el mercado, no es un proceso guiado por la política”.⁵¹ Es decir, se trata de la unión de distintas sociedades en un mismo sistema desarrollado en diversos ámbitos del quehacer humano.

La globalización por tanto ha acercado al mundo en muchos sentidos: el acceso a la información, pero también al traslado de mercancías y de personas, lo que conlleva riesgos mayores de epidemias y pandemias. México requiere de revisar y actualizar su marco normativo en salud conciliando los intereses económicos, migratorios y sanitarios, independientemente de las pérdidas económicas que esto pueda significar.

La experiencia de mayo de 2009 sobre la influenza A_{H1N1} es una muestra clara de la ineficacia del “sistema de salud de México”, afortunadamente esta pandemia no fue ni tan grave, ni lo mortífera que se creía, puesto que de haber sido así hubiese sido implacable, pese a las medidas ejemplares tomadas por México. La realidad nos demostró que las herramientas del sistema sanitario en México estaban en el sector público y la mayor organización en los seguros sociales, entonces ¿por qué no apostarles a su mejora continua, en lugar de a su desmantelamiento? Simplemente si la distribución de vacunas para la tan temida epidemia A_{H1N1} se hubiese dejado al sector privado, ¿quién habría tenido acceso a las mismas? ¿Cuál hubiera sido su costo? ¿Hubiera podido el Estado mexicano contro-

⁵¹ Fernando Morales A., “Globalización: conceptos, características y contradicciones”, en *Revista Reflexiones*, núm. 78, 1999, <<http://reflexiones.fcs.ucr.ac.cr/documentos/78/globalizacion.pdf>>. [Consultado el 8 de febrero 2010.]

larlo? Definitivamente no. Espero que con estas reflexiones se despierte el debate y la oposición a la privatización del otorgamiento de los servicios de salud en México.

CONCLUSIONES

Una reforma sanitaria en México debe estar sustentada en que la salud es una necesidad humana, elevada a derecho fundamental y por ende, es una obligación estatal el garantizarla de forma pública, fortaleciendo el binomio de trabajo-salud para ese efecto entre sociedad y Estado y no como todo apunta entre Estado-iniciativa privada, mediante la privatización.

La atención a la salud implica replantear las políticas públicas en salud identificando los problemas presentes y futuros y no sólo asignando los recursos.

Vale la pena recalcar que la coordinación del Sistema Nacional de Salud no logra proporcionar certidumbre en la atención de la población mexicana. La tarea nada sencilla consiste en: 1) Ampliar la cobertura del sistema de salud a toda la población, bajo un esquema universalista que garantice el acceso a los servicios de salud en igualdad de condiciones a toda la población, con derecho a los mismos beneficios y 2) Garantizar su justiciabilidad mediante la descripción objetiva de las prestaciones a otorgar en materia de salud y lo más importante y comprometedor para el Estado: delimitar los mecanismos jurídicos de exigibilidad de las mismas.

GARANTÍA CONSTITUCIONAL A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD: REVISIÓN DE SU DEFENSA JURISDICCIONAL

*Gonzalo Moctezuma Barragán**

TUTELA DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

El derecho a la protección de la salud es un derecho humano por excelencia, de acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, en nuestro país existe una relación directa entre los niveles de salud, educación e ingresos, esto significa que a mayor salud, mayor educación y mayores ingresos.

El Estado no crea Derechos Humanos sólo los reconoce mediante su marco jurídico, es decir, precisa su extensión, así como sus modalidades, además de establecer los procedimientos para su tutela, como es visible en el artículo 1° de la Constitución: “En los Estados Unidos Mexicanos todo individuo gozará de las garantías que otorga la Constitución, las cuales no podrán suspenderse o restringirse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece”. Nuestra Constitución reconoce a los Derechos Humanos y los hace derecho positivo mediante la figura jurídica de garantías individuales.

El derecho humano a la protección de la salud fue reconocido en nuestro sistema jurídico en la reforma constitucional publicada en el Diario Oficial de la Federación del 3 de febrero de 1983, al considerar el constituyente permanente urgente, establecer las condiciones básicas de salud por la innegable vinculación que existe entre el mejoramiento de la salud, el bienestar de la población, la distribución del ingreso, el empleo, el disfrute del tiempo libre, el incremento de la produc-

* Secretario Ejecutivo del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal.

tividad y de la producción, todos ellos retos a los que se enfrentan las sociedades que buscan ser cada vez más igualitarias. Al momento de la reforma constitucional se buscó dotar de un marco programático sólido para que la actividad gubernamental se encaminara a dar protección a la salud de todos los mexicanos, con la participación de la sociedad e individuos beneficiarios.

Doctrinalmente, y a partir de esta reforma constitucional, se definió al derecho a la protección de la salud como un: Sistema de normas jurídicas de derecho social, que tiene por objeto regular los mecanismos para garantizar la protección de la salud como bien supremo del hombre, mediante la delimitación del campo de la actividad gubernamental, con la finalidad de que sirva como medio para obtener justicia social.

En palabras de Guillermo Soberón: “A partir de este gran hito de la evolución sanitaria en México, el Estado y sus funcionarios podrán ser conminados por el pueblo si no se esfuerzan suficientemente en darle efectividad progresiva al derecho a la protección de la salud”.¹

Como se colige, el derecho a la protección de la salud fue concebido como un Derecho Social, que a decir de Héctor Fix-Zamudio es “el conjunto de normas jurídicas nacidas con independencia de las ya existentes, y en situaciones equidistantes respecto de la división tradicional del Derecho Público y del Derecho Privado, como un tercer sector, una tercera dimensión, que debe considerarse como un derecho de grupo, proteccionista de los núcleos más débiles de la sociedad, un derecho de integración, equilibrado y comunitario”.²

La Constitución reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, sin embargo, para dar cumplimiento a este derecho el propio texto constitucional establece que sea la ley la que determine la forma de acceder a los servicios de salud y las condiciones bajo las cuales se hará. Así, para hacer efectiva esta garantía se requiere de un adecuado sistema normativo que la dote de contenido real, la desarrolle y determine sus alcances; de una instancia que ejerza las funciones de rectoría en la materia, así como de la participación de la sociedad y del individuo en el cuidado de la salud.

No obstante, continuar concibiendo al derecho a la protección a la salud sólo como un Derecho Social, implica encasillarlo como norma programática, ausente del elemento coactivo, como lo sentenció José Ramón Cossío Díaz en su obra *Régimen autoritario y dogmática constitucional*, la concepción de la Constitución ligada al movimiento revolucionario, despojó a los derechos sociales de su carác-

¹ Guillermo Soberón Acevedo, en *Derecho constitucional a la protección de la salud*, 2ª ed., México, Miguel Ángel Porrúa, 1995, p. 10.

² Héctor Fix-Zamudio, citado por Salomón Díaz Alfaro, *Las garantías sociales en la constitución de 1917*, México, 1979. Tesis Profesional, Ciudad Universitaria, p. 60.

ter normativo, por no ser accionables a través del juicio de protección de garantías, porque este tipo de derechos se configuran como normas ideológicas que sólo establecen la obligación de hacer un plan de gobierno. A este respecto, Luigi Ferrajoli afirma que el simple enunciado constitucional de los derechos sociales, al no ir acompañado de garantías suficientes, tales como medios de defensa y tutela jurisdiccional, similares a las que tienen los derechos individuales no se traducen en prestaciones públicas suficientes.³

DEFENSA JURISDICCIONAL DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

En el IV Congreso Brasileño de Ciencias Sociales y Humanas en Salud, bajo el lema “Equidad, ética y derecho a la salud: desafíos a la salud colectiva en la globalización”. Auspiciado por la Organización Panamericana de la Salud, su directora sostuvo que el acceso a los bienes y servicios de oportunidades destinadas a satisfacer las necesidades de salud es un derecho humano fundamental, clave para el disfrute de otros derechos; también aseveró que desde lo social, es un elemento crucial para el desarrollo humano y la cohesión social; y desde lo económico, es un factor esencial para el desarrollo productivo. Remarcó que el acceso a la salud debe ser equitativo.

En este congreso se reconoció que la mayoría de los países latinoamericanos, México entre otros, sujetan a diversas restricciones sus sistemas de salud y hacen que en la práctica, este derecho no sea totalmente universal ni equitativo.

Se concluyó que la coyuntura impone la búsqueda de respuestas a la accesibilidad democrática a sistemas de atención existentes, la equidad, así como la humanización en el tratamiento a diferentes grupos, en su dimensión étnica, de género, de edad, de región, de migración; y de condición de salud, convocando a evitar la discriminación.

¿Cuál es entonces el verdadero alcance que tiene el derecho a la protección de la salud en México? Pregunta planteada por Olga Sánchez Cordero, quien responde, apoyada en el pensamiento de José Ramón Cossío, que el control constitucional de los actos de aplicación de leyes concernientes a esta materia, se ejerce por medio del juicio de garantías, toda vez que, aun cuando el derecho fundamental se desarrolle en la ley, no se confunde con ella, permaneciendo como parámetro de constitucionalidad.⁴

³ Luigi Ferrajoli, *Derechos y garantías. La ley del más débil*, Madrid, Trotta, 2002, pp. 63, 64.

⁴ Olga Sánchez Cordero, “El derecho constitucional a la protección de la salud. Su regulación constitucional y algunos precedentes relevantes del Poder Judicial de la Federación, en *Revista CONAMED*, año 4, vol. 6, núm. 7, octubre-diciembre, 2000, p.12.

El antecedente identificado, respecto de la conformación del criterio de que el derecho a la protección de la salud es además una garantía individual, formado mediante tesis pronunciadas por Tribunales Colegiados de Circuito y la Suprema Corte de Justicia de la Nación, es el que lleva por rubro.

TRABAJADORAS AL SERVICIO DEL ESTADO. EL Artículo 5, FRACCIÓN V, PÁRRAFO VI, DE LA LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO, VIOLA LA GARANTÍA DE IGUALDAD.⁵

Criterio establecido por el Pleno de la Corte al resolver un amparo en revisión, en el cual la quejosa estimó violado su derecho a que el instituto de seguridad social mencionado, brindara asistencia médica y medicinas a su esposo, determinando que “Este trato desigual por razones de sexo o económicas que establece el precepto que se impugna, no tiene fundamento constitucional, máxime que el párrafo tercero del artículo 4º de la propia Constitución establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud”.

El Poder Judicial de la Federación ha sostenido reiteradamente el criterio del carácter de garantía individual del derecho en análisis, los precedentes que encontramos datan del año de 1990. Los encabeza el contenido en tesis aislada del Tercer Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito, al aseverar:

Cuando está en juego la existencia y la salud de un ser humano, la menor imprudencia, el descuido, la negligencia más trivial, adquieren una singular gravedad, pues la vida de un paciente puede depender del más leve error [...] Ciertamente, el derecho a la salud o la vida, no es sólo un bien meramente individual, sino que también lo es social y tan es así, que es contemplado en nivel nacional, como una garantía individual (artículo 4o. constitucional) y en nivel internacional como uno de los derechos humanos consagrados en la Carta de San Francisco.⁶

El criterio transcrito se originó al resolverse una revisión fiscal, cuya litis versó respecto de la responsabilidad administrativa de un servidor público con funciones de médico.

⁵ *Semanario Judicial de la Federación*, Octava Época, Tomo III, primera parte, enero a junio de 1989, tesis LIII/89, p. 201, IUS: 205982.

⁶ “REVISIÓN, IMPORTANCIA Y TRASCENDENCIA DEL ASUNTO EN EL RECURSO DE, INTERPUESTO POR LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ENCARGADA DE LA DEFENSA DE LA SECRETARÍA DE SALUD EN QUE SE CONTROVIERTE LA RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO”, en *Semanario Judicial de la Federación*, Octava Época, Tomo VI, segunda parte-2, julio a diciembre de 1990, p. 645, IUS: 225253.

En el año de 1995, el Segundo Tribunal Colegiado del Sexto Circuito, resolvió lo que puede considerarse, representa el primer juicio de amparo en materia de prestación de servicios de salud,⁷ reconociéndose al derecho humano de la protección de la salud, su calidad de garantía individual, al sostener que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y acceso a los servicios correspondientes, obligando así al estado de Tlaxcala a proporcionar la atención médica a un procesado, así como su traslado a un hospital especializado.

Como puede apreciarse, uno de los factores esenciales para lograr la eficacia en el derecho es la función judicial

... actividad dinámica, puesto que la aplicación de las disposiciones normativas abstractas a los casos concretos de la realidad, forzosamente tiene que presuponer una labor interpretativa, indispensable para adecuar el marco genérico a las modalidades específicas, infinitamente variables, de la práctica.⁸

Al interpretar el derecho se actualiza, ajustando el criterio de aplicación a nuevas circunstancias, a fin de que la norma responda a exigencias de la realidad histórico-social, ello en virtud de la función correctora, integradora y creativa de la interpretación.

Fue el Pleno de la Suprema Corte, quien definió la garantía individual del Derecho a la Protección de la Salud, reconociéndole su naturaleza jurídica de derecho público subjetivo, dejando atrás la conceptualización de derecho social, norma programática, prestacional o principio Constitucional.

SALUD, EL DERECHO A SU PROTECCIÓN, QUE COMO GARANTÍA INDIVIDUAL CONSAGRA EL Artículo 4º CONSTITUCIONAL, COMPRENDE LA RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS BÁSICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES Y SU SUMINISTRO POR LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES QUE PRESTAN LOS SERVICIOS RESPECTIVOS. El derecho a la protección de la salud, tiene entre otras finalidades, el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan las necesidades de la población; que por servicios de salud se entienden las acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la población y de la colectividad; [...] que tal garantía comprende la recepción de los medicamentos

⁷ *Semanario Judicial de la Federación* y su *Gaceta*, Novena Época, Tomo II, diciembre de 1995, tesis VI. 2º.37P, p. 574, IUS: 203666.

⁸ H. Fix-Zamudio, *Justicia constitucional, Ombudsman y derechos humanos*, México, Comisión Nacional de Derechos Humanos, 1993, p. 7.

básicos para el tratamiento de una enfermedad [...] que en su actividad curativa significa el proporcionar un tratamiento oportuno al enfermo [...] que se encuentra consagrado como garantía individual, y del deber de proporcionarlos por parte de las dependencias y entidades que prestan los servicios respectivos.⁹

Este reconocimiento expreso del derecho a la protección de la salud como garantía individual consagrada en el artículo 4º Constitucional, pronunciado unánimemente por nuestro Alto Tribunal, vino por una parte, a confirmar la hipótesis doctrinaria esgrimida por estudiosos del derecho que no admiten los argumentos en contra de la exigibilidad de los derechos sociales, los cuales "... sólo alcanzarán un reconocimiento universal, como auténticos derechos, hasta superar los obstáculos que impiden su adecuada justiciabilidad, entendida como la posibilidad de reclamar ante un juez o tribunal de justicia el cumplimiento de las obligaciones que constituyen el objeto del derecho".¹⁰ Por otra parte, activó al sistema de salud pública en cuanto al alcance de la prestación de servicios de atención médica.

Se ha señalado que las Constituciones deben considerarse como entes vivos y no estáticos. Por ello y con el transcurso inexorable del tiempo, si el texto de las normas constitucionales se mantiene inalterado, no ocurre lo mismo con su significado, y por este motivo también se ha sostenido, sin exageración, que la Constitución se independiza del Constituyente y se transforma por conducto de su interpretación.¹¹

A estas resoluciones se les ha dado la connotación de sentencias interpretativas.

Es por esto que las resoluciones judiciales deben de ser un factor a considerar en la formulación de instrumentos jurídicos. La función de los tribunales al interpretar la ley abre la posibilidad de accionar derechos y refleja la evolución respecto a la aplicación de cierta norma, por lo que es necesario que ésta se haga explícita en normas generales.

Un buen ejemplo de lo anterior fue lo sucedido con la emisión de la tesis aislada IX/2003,¹² en la cual se determinó la inconstitucionalidad de la fracción vi del artículo 333 de la Ley General de Salud, que condicionaba la realización de tras-

⁹ Ministro ponente Mariano Azuela Güitron. *Semanario Judicial de la Federación* y su *Gaceta*, Novena Época, Tomo XI, marzo de 2000, tesis P.XIX/2000, p. 112, IUS: 192160.

¹⁰ Mariano Azuela Güitron, en *ibid.*, p.15.

¹¹ H. Fix-Zamudio, *op. cit.*, pp. 341-342.

¹² "TRASPLANTE DE ÓRGANOS ENTRE VIVOS. EL Artículo 333, FRACCIÓN VI, DE LA LEY GENERAL DE SALUD, QUE LO PERMITE ÚNICAMENTE ENTRE PERSONAS RELACIONADAS POR PARENTESCO, MATRIMONIO O CONCUBINATO, TRANSGREDE LOS DERECHOS A LA SALUD Y A LA VIDA CONSAGRADOS EN EL Artículo 4o. DE LA CONSTITUCIÓN FEDERAL", en *Se-*

plantes de órganos entre vivos, a que el donante tuviese con el receptor parentesco por consanguinidad, afinidad o civil; o ser su cónyuge, concubina o concubinario, lo que transgredía los derechos a la protección de la salud y a la vida previstos en el artículo 4° de la Constitución, pues privaba a la población en general, de un medio apto para prolongar o mejorar su calidad de vida. Como resultado de esta tesis, cualquier persona que se sujete a los controles técnicos que establece la Ley General de Salud y tenga compatibilidad con el receptor, sin que vea afectada su salud y sea motivada por el altruismo y la solidaridad, puede de manera libre donar gratuitamente un órgano. Este criterio lo hizo suyo el legislador, al reformar el artículo 333 Ley General de Salud, mediante decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 5 de noviembre de 2004.

El voto minoritario¹³ en el amparo en revisión que dio origen a la tesis mencionada, se sustentó en que debió declararse la constitucionalidad del precepto reclamado y, por ende, negarse el amparo, argumentándose la necesidad de regular suficientemente los trasplantes entre vivos, protegiendo así a las personas que pertenecen al universo de donadores que pueden ver afectada su integridad física y psíquica ante la ausencia de regulación en la materia. En el mencionado voto minoritario, con independencia de la litis a que obedece, resultan por demás interesantes las aseveraciones que sobre el derecho a la protección de la salud plasman los ministros:

El artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su cuarto párrafo establece como garantía individual el derecho a la protección a la salud, mismo que ha sido reconocido por esta Suprema Corte de Justicia de la Nación como un derecho público subjetivo del gobernado frente al Estado, que está obligado a brindar atención a la salud para toda la población...

Esta garantía individual (no) debe entenderse como absoluta, en el sentido de que su ejercicio pueda efectuarse de manera irrestricta y sin limitación alguna, merced a que el propio texto del párrafo cuarto del artículo 4° Constitucional refleja la voluntad del constituyente de que el derecho a la protección de la salud se encuentre definido y reglamentado, a fin de que las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud estén normados por las leyes secundarias respectivas.

... (La) obligación estatal derivada de la garantía constitucional de la protección a la salud debe traducirse en políticas y sistemas normativos de salud pública, que permitan el acceso de todos los mexicanos a los servicios y atención médica. De

manario Judicial de la Federación y su *Gaceta*, Novena Época, Tomo XVIII, agosto de 2003, tesis P.IX/2003, p. 54, IUS: 183374.

¹³ Voto Minoritario de los ministros Aguinaco Alemán, Aguirre Anguiano, Gudiño Pelayo y Ortiz Magoitia, Amparo en Revisión 115/2003, Quejoso José Roberto Lamas Arellano.

esta manera el derecho a la protección de la salud se identifica con el conjunto de elementos orientados a la satisfacción social de las necesidades individuales y colectivas de prevención, curación y rehabilitación de la salud, debiendo establecerse los mecanismos para que toda persona tenga acceso seguro a las instituciones y a los instrumentos necesarios para dichos fines.

De acuerdo con María Cristina Fix-Fierro

El ser humano cuenta con razonamiento, voluntad, conciencia y dominio sobre sus impulsos y es autónomo. Ello le da un rango de respeto especial y lo hace ser un fin en sí mismo. Ese valor especial del hombre es la dignidad. La dignidad es un principio rector de la actividad normativa que proyecta su luz a los derechos individuales. La dignidad se desprende del principio de libertad que junto con la igualdad forman el contenido y fin de la justicia. Es un valor elevado en el que se integran otros valores.

La jurista afirma que la dignidad humana ha de ser el núcleo central de la ética pública y del derecho positivo.

Es así que el derecho a la protección de la salud, calificado inicialmente como garantía social por la mayoría de los doctrinarios, a partir de los precedentes judiciales mencionados y marcadamente del criterio de la Corte, se revela como una garantía individual que, más allá de disquisiciones hermenéuticas, se distingue de la primera por la connotación de exigibilidad. El argumento de que el derecho a la protección de la salud no era accionable, no soportó la interpretación de la norma constitucional, estableciéndose el criterio reiterado de que se trata de una garantía individual. Son precisamente las decisiones jurisdiccionales las que han ido dotando de contenido creciente a este derecho fundamental, por ello la judicialización de los derechos sociales es la apuesta que estudiosos como José Ramón Cossío hacen para que el derecho a la protección de la salud tenga materialidad plena.

En este tenor, Olga Sánchez Cordero es de la opinión doctrinaria, que estamos frente a un derecho predominantemente social, o bien como lo concibe Julio Frenk, un derecho social exigible por los individuos. Aun cuando este derecho entrañe la actuación del Estado, en beneficio de las condiciones de vida de la población y

... no pueda afirmarse que desde la Constitución Federal se otorgue al particular un derecho subjetivo que obligue coactivamente al Estado para hacer efectivo dicho derecho; en el preciso momento en que el legislador desarrolla los principios fundamentales en esta materia, o como lo dice expresamente el texto constitucional de-

fine las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, surge de esta forma el derecho del gobernado para exigir, siempre que se encuentre dentro de la hipótesis legal, el cumplimiento de su derecho constitucional, y en caso de que éste sea desconocido, podrá acudir al juicio de amparo reclamando la violación a su derecho constitucional a la protección a la salud.¹⁴

De esta forma podemos concluir que una vez regulado a nivel constitucional el derecho a la salud, el legislador ordinario no puede desconocerlo; sino, por el contrario, se ve obligado a regularlo conforme a lo que dispone la propia Carta Magna, con lo que se materializa el derecho del individuo para combatir aquellas situaciones que llegaren a violentar sus garantías individuales.¹⁵

En este respecto existe simetría con la Constitución española, la cual reconoce a la protección de la salud como valor superior del ordenamiento jurídico, obligando a los poderes públicos a organizar la efectiva tutela de la salud pública.

La consagración constitucional de este valor jurídico lo torna indisponible para el legislador ordinario, que se ha de limitar por tanto a procurar el fin, siendo libre de elegir los medios [...] Y aún más, al constituir la Constitución un sistema de valores y no un simple enunciado inconexo de principios, la protección a la salud opera necesariamente como valor vinculado a otros, formando el entramado básico en torno al cual se construye el resto del ordenamiento jurídico.¹⁶

La admisión por parte de la Corte del rango de garantía constitucional del derecho a la protección de la salud, generó de inmediato gran presión al sistema de salud pública, toda vez que el gobernado dejó el papel de simple beneficiario de los servicios de atención médica, pasando al de titular corresponsable del mantenimiento y restablecimiento de su salud.

Como respuesta no sólo a la llamada transición epidemiológica,¹⁷ sino también a la transición jurídica en materia de salud, núcleo de este trabajo, y atendiendo al criterio sostenido por Fix-Zamudio en el sentido de que el derecho judicial debe considerarse una fuente formal del derecho, la llamada “doctrina legal”, se llevó a cabo la reforma a la Ley General de Salud para incorporar el llamado Seguro Popular.

El 15 de mayo de 2003, se adicionó a la ley de la materia el Título Tercero Bis “De la Protección Social en Salud”. Mediante la citada reforma se concede a todos

¹⁴ O. Sánchez Cordero, en *op. cit.*, p.12.

¹⁵ *Ibid.*, pp.12-13.

¹⁶ Pablo Acosta Gallo, *Salud, profesiones sanitarias y Constitución española*, Madrid, MAPFRE, 2002, pp. 3-4.

¹⁷ Véase Manuel Urbina Fuentes, (coord.), *La Experiencia Mexicana en Salud Pública: oportunidad y rumbo para el tercer milenio*, México, FCE, 2006.

los mexicanos el derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud con la garantía del Estado al acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y de aceptabilidad social. Esfuerzo de la Secretaría de Salud y del Congreso para lograr en el mediano plazo la universalidad de la seguridad social en materia de salud en el país.¹⁸

Más aún, a partir del desarrollo de la medicina genómica, es factible la construcción de una red de información, que permita generar un banco de datos, que coadyuve a transformar el sistema de atención médica reactivo a proactivo, proporcionando medicina personalizada, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que incluyan los avances de la medicina genómica.

En el campo de la salud pública, las normas han de ser antecedidas por políticas sanitarias basadas en supuestos científicos y técnicos a partir de los cuales se apoye el desarrollo humano. Por ello, se coincide con los doctrinarios, en que sin políticas públicas de salud, sin protección a la salud por los poderes del Estado, difícilmente podremos hablar de libre desarrollo de la personalidad y, por tanto, de democracia.

En cualquier caso, esta intervención no es libérrima, sino que está sometida a ciertos límites, como los que derivan del ejercicio de otros derechos constitucionalmente protegidos. Así, la libertad terapéutica del profesional sanitario y la libertad de elección del paciente forman un binomio de protección de la libertad individual frente a la intervención del Estado, que de ese modo no pueden tener carácter absoluto. La postura del ciudadano como receptor del servicio público de salud obliga también a tener en cuenta el necesario respeto a su derecho a la información, derecho que se materializa con la singular figura del consentimiento informado.¹⁹

Una definición actual del derecho a la protección de la salud, lleva a afirmar que:

¹⁸ Cfr., Mauricio Ortiz, *El Seguro Popular, Una crónica de la democracia mexicana*, México, FCE, 2006, pp. 19, 58, 59.

¹⁹ *Ibid.*, p. 25.

Es un sistema de normas jurídicas que tienen por objeto garantizar la protección de la salud como valor supremo del hombre, mediante la rectoría del Estado con la participación responsable de la sociedad en lo colectivo e individual; basado en la equidad, calidad y apoyo financiero; y respecto del cual el gobernado goza de poder jurídico de acción para exigir se le proporcionen los medios para el mantenimiento y restablecimiento de su salud.

Sin duda nos encontramos frente a la llamada juridificación de las ciencias de la salud, las cuales, requieren de concreciones y bases sólidas, mismas que pueden plasmarse en reglas de muy diverso orden: desde las constitucionales hasta las normas deontológicas, las reglas de buena praxis médico científicas y sus protocolos.

DEMANDAS EN MATERIA DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

En el ámbito de los llamados derechos sociales, la justiciabilidad o protección judicial es uno de los temas más polémicos en el derecho procesal constitucional contemporáneo. Tema nuevo cuyo debate resulta complejo, el cual incluye la indeterminación de esos derechos, la preparación de los jueces, las implicaciones presupuestales y el equilibrio de la actividad del Poder Judicial frente a la del Legislativo.²⁰

Para los estudiosos del derecho constitucional, las causas de la escasez de demandas que planteen cuestiones relacionadas con los llamados derechos sociales, obedece a diversas circunstancias, en primer término el desconocimiento respecto de la exigibilidad de estos derechos fundamentales y cuando se logra superar esta barrera de cultura jurídica, hay que enfrentar la estructura procesal, debido a la carencia o falta de propiedad de los medios procesales existentes "... parte del problema que se plantea en materia de exigibilidad de derechos sociales es en qué medida uno puede acceder a una forma de garantías secundarias, es decir, una vez incumplida la obligación por parte de quien debe cumplirla poder acudir a una autoridad jurisdiccional para que repare la situación de algún modo."²¹

²⁰ Rodrigo Uprimny, "La Protección Jurisdiccional de los Derechos Sociales", II Congreso Mexicano de Derecho Procesal Constitucional sobre la Protección Constitucional de los Derechos Fundamentales, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, 1 de junio del 2007.

²¹ Cfr., Christian Courtis, "Derechos Sociales y Justiciabilidad", en *Memoria del Coloquio sobre Derechos Sociales*, México, Suprema Corte de Justicia de la Nación (Colección Memorias), 2006, p. 156.

Le fenomenología en torno a las demandas por violaciones a esta garantía constitucional está poco explorada en nuestro país, evidentemente que se presentan casos de ruptura del derecho como diría Felipe Tena Ramírez al justificar la existencia de los jueces, sin embargo, escasos son los precedentes jurisdiccionales en esta materia. Por último, la insuficiencia de asesoría calificada, así como la escasa representación gratuita y a la vez especializada, han sido motivo de alejamiento del gobernado frente a la impartición de justicia en materia de derechos sociales.

MEDIOS PROCESALES

Como se analizó en el apartado IV, Olga Sánchez Cordero está convencida que el derecho a la protección de la salud conlleva el poder jurídico de acción del gobernado para exigir, vía el juicio de amparo, el cumplimiento de su derecho constitucional.

Las garantías individuales son derechos públicos subjetivos consignados a favor de todo habitante de la República que dan a sus titulares la potestad de exigirlos jurídicamente a través de la verdadera garantía de los derechos públicos fundamentales del hombre que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos consigna, esto es, la acción constitucional de amparo.²²

Sin embargo, Wistano Luis Orozco García, es de la opinión que los ordenamientos constitucionales de América Latina, así como los instrumentos internacionales que han suscrito estos países no contienen los medios procesales idóneos para que los particulares hagan exigibles sus derechos ni para que los órganos de control impongan obligaciones a los estados; y agrega: "Si uno quisiera simplificar tendría que decir que en el caso mexicano el amparo no parece ser un instrumento idóneo para la promoción de los derechos sociales, ni tampoco los procedimientos del derecho internacional."²³

La situación anterior se hace más compleja cuando el juzgador confunde la garantía con el derecho

²² *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, Tomo V, enero de 1997, tesis P./J. 2/97, p. 5., IUS: 199492.

²³ Cfr., Wistano Luis Orozco García, "Perspectiva de los Derechos Sociales", en *Memoria del Coloquio sobre Derechos Sociales*, México, Suprema Corte de Justicia de la Nación (Colección Memorias), 2006, p. 133.

... el hecho de que exista un derecho desde la perspectiva de la teoría del derecho y de la filosofía moral, es que existe un argumento para que una persona pueda exigir el cumplimiento de una obligación. Lo importante no es que esté la garantía ya reconocida, lo importante es que hay un argumento fuerte que permite exigir en caso que la garantía no esté, que se establezca la garantía.²⁴

Parfraseando a Rodolfo Luis Vigo, la equidad y la justicia se introducen al derecho por los operadores (jueces) a través de la jurisprudencia –conciencia de la discrecionalidad judicial.

Se concuerda con la propuesta de Orozco García de judicializar los derechos sociales como un medio para hacerlos efectivos y, en ese sentido, para hacer eficaces los derechos individuales y el propio Estado de derecho. Pues sostiene que desde Tocqueville se puede establecer que si la democracia en América funciona, lo hace porque se ha transformado en un estado judicial, en términos de que los individuos ejercen sus derechos ante tribunales y dejan que sean éstos los que establezcan límites a los derechos fundamentales.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación, mediante la emisión de jurisprudencia y de tesis aisladas sobre el derecho a la protección de la salud, se ha ocupado de los llamados problemas de determinación "... Aunque los derechos están reconocidos constitucionalmente hay un cierto problema vinculado con el nivel de especificación de las obligaciones".²⁵ Prácticamente todos los derechos adolecen de un cierto grado de indeterminación, esto es natural sobre todo a nivel constitucional, siendo labor del juzgador ir dotando de contenido a estas bases fundamentales, como lo hace frente a todos los derechos.²⁶

Por ello, resulta imprescindible la función reguladora del Poder Judicial de la Federación en la adecuación entre los fines y los medios para materializar plenamente el derecho a la protección de la salud, siendo además obligación de los juzgadores el impedir retrocesos en esta materia, cumpliendo con la obligación de no regresividad. Esto es, no afectar el nivel de disfrute, criterio aceptado a nivel Interamericano de acuerdo con la Convención Americana sobre Derechos Humanos y el "Protocolo de San Salvador".²⁷ Más aún cuando, como ha sido demostrado en este trabajo, los criterios de la Corte trascienden al ámbito jurisdiccional al participar de la dinámica entre los poderes de la federación, tanto en el establecimiento

²⁴ Espejo, Nicolás, *op. cit.*, p. 30.

²⁵ Ch. Courtis, en *op. cit.*, p. 156.

²⁶ Juan Manuel Acuña, "La Protección Jurisdiccional de los Derechos Sociales", II Congreso Mexicano de Derecho Procesal Constitucional sobre la Protección Constitucional de los Derechos Fundamentales, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, 1 de junio del 2007.

²⁷ *Idem.*

de políticas públicas y su consecuente normalización a cargo del Ejecutivo, como en el proceso de creación de leyes en el Legislativo.

Resulta imprescindible que trabajemos todos dentro de lo que llamo el círculo de la eficacia regulatoria, en donde tenemos al centro al Estado de derecho; en la parte externa de la circunferencia a las políticas públicas, seguidas del marco jurídico, y en última instancia la interpretación judicial. Si la interpretación judicial modifica el contenido normativo, entonces habrá que revisar la congruencia ya sea de las políticas públicas, las piezas de legislación o bien la propia interpretación judicial, procediendo de inmediato a las enmiendas que resulten necesarias en el ámbito que corresponda, ya sea en el Poder Ejecutivo, Legislativo o Judicial.

NATURALEZA JURÍDICA DE LAS APORTACIONES PRIVADAS PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO

*Juan Manuel Ortega Maldonado**

PLANTEAMIENTO

Esta ponencia tiene tres propósitos fundamentales: primero, subrayar que los instrumentos jurídicos tradicionales a los que se han recurrido para el financiamiento de la seguridad social, es decir, las contribuciones denominadas aportaciones de seguridad social, han ido transformando su naturaleza jurídica hasta aproximarse a los impuestos; segundo, que tales aportaciones parecen empezar a agotarse como medio de financiamiento de la seguridad social, lo que explica simultáneamente la relevancia que en los últimos años ha tenido el financiamiento privado de la seguridad social mediante formas jurídicas poco ortodoxas, y; tercero, que resulta impreciso determinar la naturaleza jurídica de estas nuevas formas jurídicas privadas de financiamiento de la seguridad social.

TRANSFORMACIÓN DE LA NATURALEZA JURÍDICA DE LAS APORTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL ¿HACIA EL IMPUESTO DE SEGURIDAD SOCIAL?

Sostenemos que las aportaciones de seguridad social en México no sólo sufrieron una transformación paulatina en las últimas décadas, tanto en su número como en algunas de sus características, sino que tal evolución sigue vigente, al

* Profesor Investigador de Tiempo Completo de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la UAEM. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Nivel I.

grado de que hoy los contornos de estas aportaciones parecen haberse diluido y se están aproximando al concepto de los impuestos.

Efectivamente, desde su establecimiento inicial las cuotas o aportaciones de seguridad social tuvieron serias dificultades para hallar su naturaleza jurídica: En un primer momento se dijo que tenían la naturaleza jurídica de impuestos; algunos otros las calificaron dentro de la categoría tributaria de derechos; otros más, consideraron que deberían catalogarse como contribuciones especiales y el Poder Judicial Federal, en alguna resolución las definió como “un salario socializado o solidarizado”.

Al calificarlas como impuestos se dijo: “...las cuotas al IMSS constituyen un verdadero impuesto destinado al fin especial de formar el patrimonio de un organismo público descentralizado...”¹ El profesor Roberto Hoyo Da’onna,² llegó a afirmar que deberían ser tenidas como derechos. Criterio que posteriormente habría de ser ratificado por el Tribunal Fiscal de la Federación al resolver: “Nos encontramos en presencia del pago de lo indebido cuando el IMSS está aumentando su patrimonio con una aportación sobre la cual no ha cumplido con lo que a él respecta, procediendo la devolución de las aportaciones...”³ Jorge Aguilar y Carlos Cortés Figueroa señalan que son contribuciones especiales.⁴

Por otro lado, el Poder Judicial de la Federación indicó: “...puede estimarse como un cumplimiento de prestación del patrón en bien del trabajador, constituyendo un salario solidarizado o socializado...”⁵

Sin embargo, la mayoría de la doctrina nacional, reconocen en las aportaciones al IMSS una naturaleza *sui generis*, diferente a cualquiera de las contribuciones anteriores. Por ello se les denomina como exacciones parafiscales. Tesis que posteriormente la Suprema Corte de Justicia habría de hacer propia al sostener:

El legislador ordinario en el artículo 135 de la Ley del Seguro Social, dio el carácter de aportaciones a las cuotas que deben cubrir los patrones como parte de los recursos destinados al sostenimiento del Seguro Social, considerándolas como contribuciones de origen gremial o profesional a cargo del patrón, que hallan su fundamento en la prestación del trabajo y su apoyo legal en lo dispuesto por el artículo 123 de la Carta Magna y su Ley Reglamentaria. De tal manera que las cuotas exigidas a los

¹ Adolfo Aguilar Siller, “Tratamiento Fiscal a las Aportaciones al Seguro Social”, en *Revista del Tribunal Fiscal del Estado de México*, año I, núm. 2, México, sept.-dic. 1977, p. 45.

² Citado por A. Aguilar Siller, en *op. cit.*, p. 43.

³ Juicio 4435/79, Quinta Sala Metropolitana del TFF, 15 de octubre de 1979, publicado en el *Informe del Presidente*, 1980, p. 269.

⁴ Citados por A. Aguilar Siller, en *op. cit.*, p. 43.

⁵ Jurisprudencia 541 aparecida en el *Informe del Presidente*, de 1972, p. 2673.

patrones para el pago del servicio público del Seguro Social, quedan comprendidos dentro de los tributos que impone el Estado a los particulares con fines parafiscales, con carácter obligatorio para un objetivo concreto de una persona jurídica que tiene a su cargo la prestación de un servicio público en administración indirecta del Estado, encargado de la prestación de un servicio público...⁶

Esta discusión considero llega a su fin cuando las aportaciones de seguridad social por disposición del artículo 2º, fracción II, del Código Fiscal de la Federación, se incluyeron dentro de las denominadas contribuciones, no obstante tengan como destino un organismo público descentralizado.

Precisamente con base en este apoyo, la doctrina nacional no ha dudado en asumir que las aportaciones de seguridad social son contribuciones y que participen —con mayor o menor intensidad— de todas sus características. Sin embargo, debemos reparar en el hecho de que la mayoría de las construcciones dogmáticas que se han intentado respecto de estas figuras tributarias, se han forjado a la luz del concepto legal de la misma, por lo que debemos afirmar ahora que la ausencia de un concepto constitucional de aportación de seguridad social originará una serie de problemas, entre ellos la imposibilidad de reconducir las figuras que se aproximan (entre ellas las que hemos denominado como nuevas figuras jurídicas privadas de financiamiento de la seguridad social) a la definición legal. De esa manera no debe sorprender que dudemos de la calidad de tributos o contribuciones de algunas de estas “nuevas formas jurídicas”. El problema real es que no está marcado el “Norte” que indique el rumbo sobre el cual encontrar las características distintivas de las aportaciones de seguridad social.

Sin embargo, como dijimos al inicio de este apartado, esta evolución no ha cesado pues una nueva tendencia que puede ya advertirse respecto de la naturaleza jurídica de estas aportaciones, es en el sentido de que los principios tributarios que las presiden han empezado a “flexibilizarse”.

Este fenómeno se inicia desde principios de la década de los 90 del siglo pasado con el contundente reconocimiento de los tribunales de que la proporcionalidad de las contribuciones debe determinarse analizando las características particulares de cada una de ellas,⁷ y continuó a mediados de esa década cuando el Poder

⁶ Juicio A.R. 4607/55, Manufactureras Unidas S.A., 29 de Junio 1971, Unanimidad 17 votos, Informe 1971, Pleno, pp. 329-330.

⁷ La tesis de referencia indica: PROPORCIONALIDAD DE LAS CONTRIBUCIONES. DEBE DETERMINARSE ANALIZANDO LAS CARACTERÍSTICAS PARTICULARES DE CADA UNA. La Jurisprudencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, al resolver asuntos relativos al Impuesto Sobre la Renta, ha establecido que el principio de proporcionalidad consiste en que cada causante contribuya a los gastos públicos en función de su respectiva capacidad económica, aportando una par-

Judicial de la Federación tuvo que reconocer que ese principio rector de las contribuciones debería ser aplicado en forma diferenciada no sólo para cada contribución en particular, incluyendo a las aportaciones de seguridad social,⁸ sino para otro tipo de ingresos públicos como las multas y recargos;⁹ es decir, admitió que ese principio puede ser aplicado con distinta intensidad, de acuerdo a cada ingreso público en particular.¹⁰

Esta primera brecha en la atenuación del principio de capacidad económica indudablemente creará una atmósfera de reflexión sobre las posibilidades jurídicas y constitucionales de trasladar esta solución de continuidad hacia otros principios tributarios que hasta ahora parecían intocables, como el de equidad o el de reserva de ley; es decir, ha puesto en la mesa de discusiones si el principio de legalidad, por ejemplo, debe seguirse aplicando con el mismo rigor como hasta ahora se ha hecho en todas las contribuciones, o si, por el contrario, en algunos casos es factible flexibilizarlo.

te justa y adecuada de sus ingresos, utilidades o rendimientos, y añade que ese objetivo se cumple fijando tasas progresivas. Sin embargo, tratándose de tributos distintos del Impuesto Sobre la Renta, no puede regir el mismo criterio para establecer su proporcionalidad, pues este principio debe determinarse analizando la naturaleza y características especiales de cada tributo. Octava Época, Instancia: Pleno, Tomo: IV, Primera Parte, Julio a Diciembre de 1989, Tesis: P. /J. 4/1990, página, 143.

⁸ APORTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL. PARA DETERMINAR SU PROPORCIONALIDAD DEBE ATENDERSE A SU NATURALEZA DE CONTRIBUCIÓN PECULIAR. Esta Suprema Corte de Justicia ha sostenido reiteradamente que para establecer la proporcionalidad de las contribuciones debe atenderse a la naturaleza de cada una operando criterios diferentes respecto de los impuestos, los derechos y otro tipo de gravámenes. Tratándose de aportaciones de seguridad social, debe establecerse que no basta atender al “beneficio obtenido” pues ello desvirtuaría el propósito de solidaridad social que abrigó la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social, con el fin de que se estableciera un sistema de salud y seguridad general que protegiera a las clases económicas más desfavorecidas. La visión que apoyó la existencia del Instituto Mexicano del Seguro Social, no fue impulsada por el liberalismo de corte individualista que caracteriza a otros sistemas, sino dentro del contexto social que identificó a la Constitución de 1917. Lo anterior permite concluir que, para efectos de establecer el criterio que debe regir la proporcionalidad, tratándose de las aportaciones de seguridad social, si bien se debe atender, en un aspecto, a la de los impuestos y, por tanto, tomar en cuenta la capacidad contributiva del contribuyente, debe considerarse básicamente que se trata de una contribución peculiar con un claro sentido social y sustentada en la solidaridad. Novena época; Pleno; Fuente: SJFG; Tomo: II, Octubre de 1995; Tesis: P. LXX/95; página 74.

⁹ RECARGOS Y SANCIONES. SU PROPORCIONALIDAD Y EQUIDAD NO DEPENDEN DE QUE GUARDEN UNA RELACIÓN CUANTITATIVA CON LAS CONTRIBUCIONES OMITIDAS. Novena Época, Pleno, Tomo: VIII, Diciembre de 1998, Tesis: P. C/98, página, 256. Amparo en revisión 2353/96. Instituto de Estudios Fiscales y Administrativos, A.C. 6 de julio de 1998. Once votos. Ponente: Juan Díaz Romero. Secretario: Armando Cortés Galván.

¹⁰ Sobre el particular he formulado algunas reflexiones que aparecen publicadas en mi libro *Primer Curso de Derecho Tributario Mexicano*, México, Porrúa, 2005, pp. 224-238.

Esta discusión difícilmente podrá posponerse durante mucho tiempo, en primer lugar porque algunos tribunales constitucionales, especialmente el español, cuyos pronunciamientos la Suprema Corte en México suele seguir muy de cerca, ya han tenido que encarar el tema dando soluciones interesantes,¹¹ y en segundo lugar, porque resulta una necesidad ya sentida en el ámbito jurídico nacional.

Esta tendencia que se avizora es, más que una hipótesis académica, una visión a mediano plazo sobre la transformación –silenciosa, pero efectiva– de todas las categorías tributarias y en especial de las aportaciones de seguridad social.

Pero sería exiguo el esfuerzo realizado si únicamente nos concretamos a describir este estado de cosas y no procuramos averiguar sus causas. Es menester preguntarnos no sólo, qué esta sucediendo, sino, por qué.

Una primera explicación puede venir de la mano de reconocer la eficacia que actualmente ofrece el principio de solidaridad en el diseño y estructura de las contribuciones y del que hemos dado cuenta en otro lugar.¹² Pero si asumimos que este principio preside a las aportaciones de seguridad social tanto en su estructuración y aplicación, como en su dirección jurídica-filosófica, ya no habrá duda de que su aproximación con los impuestos es una realidad.

En efecto, la necesidad de un concepto constitucional de aportación de seguridad social y su virtual distinción del concepto legal que nos ofrece el Código Fiscal de la Federación, no es más que la confirmación de un proceso evolutivo que va de la mano del cambio experimentado por las instituciones públicas a lo largo de los últimos tiempos o,¹³ si se quiere, consecuencia de una interpretación acorde a los vigentes modelos sociales y económicos.

Son estos últimos modelos sociales y económicos precisamente los que definen los principios que afectan todas las instituciones y figuras jurídicas. El cambio de un modelo a otro no suele presentarse en forma repentina, sino silenciosa o subrepticamente. Se trata de un proceso lento pero firme. Durante ese período de adaptación no será extraño hallarnos con categorías jurídicas híbridas, que respondan a diversos principios. Nosotros consideramos encontrarnos en una etapa de transición y que las aportaciones de seguridad social son una prueba de ello.

¹¹ Cfr. en esa línea las STC 185/1995, 182/1997 y 233/1999.

¹² Sobre el particular, en el 3° Coloquio Multidisciplinario de Seguridad Social celebrado en la Facultad de Derecho de la UAEM y del que existen Memorias, se refiere a este principio. Cfr. *El principio de Solidaridad como fundamento de las Contribuciones*.

¹³ En efecto, escribe Encano Rodríguez que a medida que la Administración va evolucionando y adquiriendo la configuración con la que actualmente la conocemos, instituciones fiscales como las tasas deben experimentar también una profunda revisión que afecta tanto a su alcance y contenido como a sus fundamentos conceptuales. Cfr. I. Encano Rodríguez, *Manual de Hacienda Pública*, t. II, Madrid, IEF, 1995, p. 1035.

Hoy se imponen los modelos económicos liberales por medio del principio de beneficio o utilidad; el modelo del Estado social de derecho mediante el principio de intervención pública en muchos campos y muy recientemente el modelo social del “riesgo” por medio del principio de prevención.¹⁴ El derecho es una consecuencia de tales perspectivas. Así pues, no es una novedad afirmar que, hoy por hoy, toda institución jurídica, con mayor o menor intensidad, está informada de estos principios.

Las aportaciones de seguridad social no son una excepción, sino precisamente uno de los primeros instrumentos que mejor reflejan este estado de cosas. Es en estas figuras tributarias junto a la figura de los derechos, donde se recibe con mayor prontitud cualquier cambio de criterio y ello porque están íntimamente conectados a los servicios públicos que presta el Estado, cosa que no sucede con el impuesto que puede por ello pasar de largo durante algún tiempo sin verse afectada por esas modificaciones.

Situación que la historia tributaria se ha encargado de confirmar, pues algunas exacciones de carácter público que en principio eran consideradas derechos (o “tasas” en el léxico de otros países), poco a poco devinieron impuestos. Este proceso se ha producido en los gravámenes sobre el consumo, en los derechos aduaneros, en la imposición sobre la renta y ahora, estimamos, en las aportaciones de seguridad social.

En efecto, respecto a la evolución de las tasas hasta convertirse en impuestos al consumo, Grapperhaus¹⁵ nos comenta que durante la Edad Media, los príncipes solían enajenar ciertos derechos públicos a las ciudades a cambio de un pago. Entre esos derechos, por ejemplo, se encontraba la posibilidad de organizar un mercado con cierta frecuencia. El gobernador se preocupaba por la seguridad de los visitantes. Por este servicio, el mercado tenía la obligación de pagar, generalmente en proporción al valor de los bienes intercambiados.

Además –nos sigue narrando el citado autor– era natural que el príncipe se apropiara del derecho a monopolizar ciertas actividades. El maíz, por ejemplo, debía ser molido en sus molinos, el ganado debía ser sacrificado en sus mataderos, la cerveza debía ser preparada en sus cubos. Alquitrán, queso, mantequilla y productos similares que eran vendidos por peso, debían ser pesados en sus máquinas pesadoras, la ropa y lana, y otros textiles debían ser medidos con sus instrumentos.

¹⁴ Esta es una idea que pretendemos demostrar a lo largo de esta investigación.

¹⁵ Ferdinand Grapperhaus, *Tax Tales from the second millennium*, Amsterdam, International Bureau Fiscal Documentation, 1998, pp. 21-23.

Hoy diríamos –continúa diciendo– que el gobierno construía proyectos de infraestructura demasiado grandes para ser financiados por la sociedad, por eso los habitantes estaban obligados a usarlos y a pagar por su uso. Estos pagos, eran, por supuesto, trasladados a los compradores en la entrega de bienes y servicios, algunas veces directamente al consumidor, como la cerveza y la carne y otras en los eslabones de la producción, como a los panaderos o a los sastres.

Más adelante sostiene que mientras, durante el curso del tiempo, las tarifas se incrementaron una y otra vez, el carácter del suministro del servicio dado por el gobierno devino más y más simbólico. El comercio se llevó fuera de los mercados; más y más productores se establecían en los pueblos, vendiendo sus productos en sus propias tiendas. El molino pasó a manos del molinero, el matadero fue explotado posiblemente por el carnicero, y para el resto, el suministro de servicio se contrajo en comparación con lo que se pagaba por una insignificante tarea de fiscalización y supervisión. Es así como estas retribuciones se convirtieron en verdaderos impuestos.

Finaliza con estas palabras:

En el desarrollo de los impuestos al consumo o accisas, es posible hallar una tendencia, que ocurre tanto en el pasado como en el presente, y que puede ser llamado como modelo de la imposición. En esencia, este modelo ilustra cómo los gobiernos incrementan más y más el precio por cada singular, aparente servicio que resulta indispensable para los ciudadanos, lo que significa que la relación económica con el original servicio se hace cada vez más débil. Lo que inicialmente fue una retribución, basada directamente en beneficio del gobernador, se hizo impuesto después, el cual sólo podía indirectamente ser deducido en beneficio del Príncipe en tanto que todos los servicios públicos pueden ser considerados en provecho del interés general.

Por otro lado, un ejemplo de un servicio que en su origen era gravado con una tasa y que después devino en impuesto lo podemos encontrar en los Derechos de Aduanas, que se configuran en un principio como la contraprestación o remuneración de los servicios especiales o extraordinarios que se practicaban en interés de los particulares, pero que poco a poco tal configuración fue modificada desvirtuando la fisonomía originaria, para convertirlos virtual e implícitamente en un impuesto complementario o recargo del impuesto a la importación (derechos arancelarios).¹⁶

¹⁶ STS de 5 de octubre de 1990, FJ 2.º y 3.º. En el FJ 2.º, se indica, después de dar un repaso sobre las leyes que han logrado esta transformación: "...Todas esas normas prescinden en su regulación concreta del carácter especial o extraordinario de los servicios hasta comprender todos los prestados

Ahora creemos encontrarnos en los albores de un nuevo cambio. Podemos observar que las aportaciones de seguridad social establecen su cuantía y estructura de forma muy similar a algunos impuestos, pues la determinación de su base atiende al salario percibido, por cuanto se considera que tal magnitud es justo índice que debe ser gravado.¹⁷ Como quiera que esto sea verdad, lo cierto es que no puede negarse la aproximación que va dándose entre aportaciones de seguridad social e impuestos en razón a sus criterios de cuantificación.

Al margen de estas observaciones, otras afinidades ofrecen las aportaciones de seguridad social y el impuesto que hace que las diferencias se reduzcan considerablemente.

En primer lugar, debe destacarse que resulta imposible negar ciertos servicios básicos de asistencia y salud a personas que carecen de recursos económicos para satisfacer dichas aportaciones de seguridad social; por eso, razones de política social han exigido que en las aportaciones de seguridad social se reconozcan exenciones y bonificaciones, considerando la situación económica del usuario. Es así como debemos reconocer que el primer paso para la aplicación del principio de capacidad de pago se ha dado. “El principio de beneficio ha comenzado a ser sustituido gradualmente por el de capacidad de pago, primero en el orden impositivo y, ahora en el de las aportaciones de seguridad social. Admitido el postulado de la capacidad económica al elaborar las aportaciones de seguridad social, quedan desdibujadas las diferencias en torno a las prestaciones públicas divisibles e indivisibles”.¹⁸

por la Administración aduanera o sus agentes con ocasión de las operaciones que han de realizar [...] Los Derechos Obvencionales se desplazan de su punto de origen, que es el concepto de «tasa» para aproximarse al de impuesto como un recargo del que grava la importación de mercancías, a cuyo régimen se acomoda”.

¹⁷ Ténganse presentes los criterios de cuantificación de las tasas por la utilización o aprovechamiento especial del dominio público, que aluden al precio de mercado o al valor de la utilidad percibida; asimismo el método subsidiario de cuantificación para las tasas por prestación de servicios o realización de actividades que toman en consideración “el valor de la prestación recibida”.

¹⁸ Este es justamente uno de los principales argumentos que sirven al profesor Albiñana para aludir a la aproximación entre ambas figuras. El citado profesor, después de demostrar que “la tasa no deja de ser la contraprestación a un determinado servicio o bien público en general, aunque no sea conmutativa respecto del beneficio efectivamente obtenido por el ciudadano” pone de manifiesto que “introducido cualquier postulado de justicia o equidad fiscal en el ámbito de las tasas, ya no pueden ser éstas el equivalente económico de la respectiva prestación pública ni, por consiguiente, puede asegurarse que la tasa cubra los costes (totales) del respectivo servicio. Más adelante asegura que la tasa no puede ser el equivalente económico de la prestación pública que la genera, porque abandonado el principio de beneficio por el capacidad de pago, la tasa deja de ser, por definición, el coste íntegro de la utilización del servicio público por el ciudadano. La tasa ha ido evolucionando desde su concepto “regaliano” y llegará a confundirse con el impuesto, pues en extremada síntesis, la tasa y el impuesto

Asimismo se estima que todavía hoy día una fracción de los costes totales de la seguridad social es indivisible, y, por tanto, debe ser financiada mediante impuestos, de esa manera se observa cómo la aportación de seguridad social ha dejado de ser el exclusivo instrumento de financiación de los servicios y demás prestaciones públicas de seguridad social preponderantemente divisibles para los trabajadores y beneficiarios. Ahora, tampoco puede negarse que lo mismo sucede, pero en sentido inverso, cuando se cuantifican estas aportaciones en atención a los beneficios obtenidos por el sujeto pasivo, y cubre con exceso el coste de los servicios prestados.

Así pues, estas ideas nos deben llevar a admitir que las diferencias entre impuestos y aportaciones de seguridad social son cuando menos borrosas; pero lo más importante es que esta aproximación que empieza a producirse es signo del proceso evolutivo al que nos referíamos anteriormente, máxime si tomamos en cuenta que no se trata más que de una interpretación jurídica ajustada, en nuestra opinión, a los vigentes modelos económicos y sociales que también tienen respaldo constitucional.

LA EVOLUCIÓN DEL FINANCIAMIENTO PRIVADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

Partiremos de la afirmación que formula el artículo 2º de la Ley del Seguro Social en el sentido de establecer que la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

Más adelante la propia ley en el artículo 6º nos refiere que el Seguro Social comprende: I. El régimen obligatorio, y II. El régimen voluntario. Por su parte el artículo 7º expresa que el Seguro Social cubre las contingencias y proporciona los servicios que se especifican a propósito de cada régimen particular, mediante prestaciones en especie y en dinero, en las formas y condiciones previstas por esa ley y sus reglamentos. El artículo 8º apunta que los derechohabientes para recibir o, en su caso, seguir disfrutando de las prestaciones que esta ley otorga, deberán cumplir con los requisitos establecidos en la misma y en sus reglamentos,

costean prestaciones públicas. Concluye afirmando que la teoría de la tasa-precio señala el declive de la tasa hacia el impuesto. Cfr. C. Albiñana García-Quintana, "Los ingresos tributarios distintos del impuesto" en *Anales de Economía*, separatas de los núms. 18-19, abril-septiembre, 1973, pp. 9-11.

lo que constituye el fundamento del pago de todas las aportaciones que se pagan por parte de los beneficiarios, independientemente de los artículos en específico que regulan el régimen financiero de cada cuota. Finalmente, deseamos destacar el contenido del artículo 11 que subraya que el régimen obligatorio comprende los seguros de: I. Riesgos de trabajo; II. Enfermedades y maternidad; III. Invalidez y vida; IV. Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y V. Guarderías y prestaciones sociales.

Como se observa de los artículos señalados, la seguridad social que regula la Ley del Seguro Social se soporta generalmente por medio de las aportaciones que cubren los sectores directamente beneficiados en forma proporcional y equitativa, esto es, considerando la situación que cada uno de estos sectores guarda en la compensación del servicio.

Es por eso, como bien lo anota el profesor Moreno Padilla que

...en la fase actual de evolución de esta rama del derecho, sólo se regula la función de los organismos que agrupan a los asalariados, con el carácter de beneficiarios y que reciben servicios de carácter médico, económico y cultural; sin embargo, la seguridad social no sólo protege a los asalariados, sino que debe proteger a todos los económicamente débiles, y en este caso, el Seguro Social debe abarcar todos los organismos que protegen al referido sector de población.¹⁹

El mecanismo de financiamiento tradicional para cubrir los costos de la seguridad social se ha dado mediante gravámenes utilizando como base los salarios de los trabajadores; en parte a cargo del patrón, del trabajador y en algunos casos del propio Estado. Todo esto tiene un claro antecedente en la historia laboral pues el origen de estas prestaciones se encuentra en un sistema de seguro, que inició como voluntario y después se transforma en obligatorio.

En efecto, el soporte financiero de la seguridad social en su etapa germinal se apoyó en las aportaciones de trabajadores y patronos, porque era a estos colectivos a los que se dirigía la misma; sin embargo, en la actualidad y debido a distintas reformas legislativas,²⁰ los beneficios de estos servicios públicos van más allá de los propios trabajadores.

¹⁹ Javier Moreno Padilla, *Régimen fiscal de la Seguridad Social y SAR*, 2ª ed., Themis, (Colección de Ensayos Jurídicos), 1994, p. 7.

²⁰ La creación de la Ley del Seguro Social de 1973 constituye un paradigma en este sentido porque en la Exposición de Motivos puede leerse lo siguiente: Se extienden los beneficios del régimen obligatorio, que en la Ley de 1943 comprendió básicamente a los trabajadores asalariados, a otros grupos no protegidos aún por la Ley vigente, con el objeto de incorporar paulatinamente a todos los mexicanos económicamente activos.

Lo anterior puede entenderse por el hecho –histórico también– de que en México la seguridad social nace en el ámbito laboral (artículo 123 de la Constitución Federal) y así se encasilla durante mucho tiempo; sin embargo, ello no implica que la seguridad social deba seguirse prestando únicamente a quien se encuentra bajo una relación laboral, antes bien, debe ampliarse hacia otros sectores sociales, especialmente los de escasos recursos económicos como trabajadores independientes, estudiantes y en general a toda la población. Por eso coincidimos con el profesor Moreno Padilla en afirmar que la seguridad social ya desbordó el marco laboral.²¹

Pero ofrecer y otorgar seguridad social a esos grupos o a toda la población significa un alto costo financiero que alguien debe sufragar. Esto es, en la medida en que la seguridad social amplía su espectro de influencia a otras agrupaciones no sujetas a relaciones laborales, mayor debe ser el número de personas y diversos los mecanismos jurídicos para soportar esa carga financiera. Es esa la razón por la cual el Estado ha empezado a echar mano de otras fuentes alternas de financiamiento, especialmente de índole privado. Entendido esto no sorprende encontrar que en la actualidad el Estado haya diseñado esquemas jurídicos *sui generis* como el denominado “Seguro de Salud para la Familia”,²² el “Sistema de Protección Social en Salud”²³ o las aportaciones que las empresas tabacaleras realizan en forma de “donaciones” para sufragar ciertos gastos de salud pública.²⁴

LA NATURALEZA JURÍDICA DE LAS NUEVAS FORMAS JURÍDICAS PRIVADAS DE FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

En primer lugar habría que entender –parafraseando a González García–²⁵ que el progresivo alargamiento de las funciones del Estado, que le ha llevado a intervenir en la economía y en la vida social de mil formas distintas, utilizando todo

²¹ *Op. cit.*, p. 51.

²² Véase Título Tercero de la Ley del Seguro Social vigente desde 1997, capítulo I, artículos 240 a 245.

²³ Según adición del Título Tercero Bis, a la Ley General de Salud, publicada en el DOF, de fecha 15 de mayo de 2003.

²⁴ En ese sentido la Secretaría de Salud ha convenido con estas empresas en recibir como donativo un peso por cada cajetilla de cigarrillo vendida, cuyo destino sería el “fondo de gastos catastróficos del Seguro Popular”.

²⁵ Eusebio González García, “El principio de legalidad tributaria en la Constitución Española de 1978” en *Principios Tributarios Constitucionales*, España, Coedición TFF, México-Universidad de Salamanca, 1992, p. 421.

tipo de entes interpuestos, cuya financiación corre normalmente de forma total o parcial a cargo de quienes se benefician de los servicios que presta el propio ente, al tiempo que toman carta de naturaleza sutiles formas intermedias (en parte públicas y en parte privadas, es decir, en parte impuestas y en parte negociables) de procurarse ingresos: sólo podía desembocar en una de estas consecuencias: a) ampliar el concepto de tributo, de suerte que las garantías formales que presiden esta forma de ingreso público pudieran extenderse a las nuevas figuras; b), dar entrada en el ordenamiento jurídico mexicano a un concepto más amplio y flexible que el de contribución, de modo que comprendiendo a éste, permitiera también incluir las nuevas formas precitadas.

La tendencia –como puede ya adivinarse– apunta en ambas direcciones, es decir, por un lado, se exige la ampliación del concepto de contribución y, por otro, se ha rehabilitado y ha cobrado mayor protagonismo el de prestación patrimonial de carácter público.

Esto se menciona porque sostenemos que en los últimos años el Estado ha introducido una serie de formas alternas de financiamiento privado de la seguridad social. Nos referimos, entre otras, al “Seguro de Salud para la Familia”, el “Sistema de Protección Social en Salud” o las aportaciones que las empresas tabacaleras realizan en forma de “donaciones” para sufragar ciertos gastos de salud pública, consistente en un peso por cajetilla de cigarros vendida para sufragar el Fondo de Gastos Catastróficos del Seguro Popular.²⁶

¿Qué naturaleza jurídica tienen estas figuras? ¿Tienen carácter tributario? Si respondemos afirmativamente no cabría duda de que ante su impago puede habilitarse el procedimiento administrativo de ejecución, lo cual resultaría absurdo. ¿Se trata simplemente de un subsidio, con cargo a los presupuestos del Estado? ¿Son impuestos, cuyo hecho imponible está referido al servicio obtenido y que procura respetar la capacidad económica de los sujetos pasivos? ¿Es la contraprestación a un servicio público que presta el Estado en sus funciones de derecho público, y en consecuencia es un derecho? ¿Son acaso prestaciones de seguridad social porque quien las paga son las personas que se benefician en forma especial por servicios de seguridad social proporcionados por el mismo Estado? ¿Son contribuciones especiales de gastos que se conocen en las legislaciones estatales y municipales y que se definen como las contraprestaciones a cargo de personas físicas, cuyas actividades provocan es especial un gasto público o lo incrementan? ¿Acaso tienen la simple naturaleza jurídica de seguros privados de salud?

²⁶ Consúltese en ese sentido el comunicado de la Presidencia de la República de fecha 31 de mayo de 2004, en <<http://www.presidencia.gob.mx/actividades/comunicados/?contenido=8263&pagina=45>>.

De entrada no puede negarse el carácter de ingreso público que tienen estas aportaciones, pues todas ellas, aun cuando estén destinadas a financiar un servicio público de seguridad social que prestan organismos descentralizados, engrosan las arcas públicas.

Para aproximarnos a identificar esta naturaleza jurídica convendría tener presentes los distintos criterios de clasificación de los ingresos públicos: La jurisprudencia los divide en prestaciones patrimoniales de carácter público y contribuciones. La legislación, atendiendo al nivel competencial de quien los establece y percibe, considera que existen ingresos públicos en el ámbito federal, en el ámbito estatal y en el municipal. Igualmente la legislación, atendiendo a la naturaleza jurídica de los ingresos, los clasifica en contribuciones e ingresos financieros. Por su parte el CFF implícitamente los clasifica en ingresos de derecho público e ingresos de derecho privado. A continuación procederemos a explicar estas clasificaciones:

1. En los últimos años la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha introducido en el léxico jurídico constitucional el vocablo de prestaciones patrimoniales de carácter público (PPCP), figura que ya se conoce en legislaciones extranjeras como la italiana y la española y que ha servido para diferenciarlas de las contribuciones propiamente hablando. Así pues, consideramos que la SCJN, mediante diversas tesis, sin ánimo de sistematización, ha dividido veladamente a los ingresos públicos en dos partes: prestaciones patrimoniales de carácter público y contribuciones.

Prestaciones patrimoniales de carácter público (en adelante PPCP). Este vocablo tiene su origen en la Constitución italiana de 1953, tomado después por la Constitución española de 1978. En sendos artículos en esas Constituciones se indica, palabras más, palabras menos, que sólo podrán establecerse prestaciones personales y patrimoniales de carácter público con arreglo a la ley.

Para la doctrina de esos países, el concepto es comprensivo al de tributo, de suerte que aquél constituye el género y éste la especie. Aún se debate cuáles son las coordinadas en las que deben regirse las PPCP y su distinción precisa con las contribuciones. En México el asunto es todavía borroso, pues no se ha dotado de contenido a este vocablo.

La SCJN se ha referido a esta figura al tratar de dar con la naturaleza jurídica de las cuotas compensatorias que puede establecer el Ejecutivo Federal en materia de comercio exterior y ha señalado

... las prestaciones patrimoniales de carácter público, cuya creación se encuentra condicionada al desarrollo de un procedimiento en el que se escuche a los afectados y al acreditamiento de ciertos hechos, no constituyen una expresión de la potestad tributaria del Estado, sino de una diversa atribución que tiene como finalidad

crear una carga económica a todos aquellos que realicen una actividad que se estima contraria a algún bien jurídico que a juicio del legislador debe tutelarse, pero que no están destinadas a solventar el desarrollo de actividades propias del Estado, por lo que a tales prestaciones no debe exigírseles el cumplimiento de los principios constitucionales de justicia tributaria ni para su cobro puede la autoridad competente omitir otorgar a los gobernados su derecho de defensa previo a la emisión del acto que les prive en definitiva de su patrimonio...

Resulta difícil pronunciarnos sobre una definición de PPCP en México, pero teniendo en cuenta las tesis vertidas por la SCJN, los criterios apuntados por los tribunales extranjeros y la doctrina internacional, podemos afirmar que “estamos frente a una PPCP cuando una persona se vea sujeta a la imposición coactiva de una prestación de contenido patrimonial, esto es, cuando los poderes públicos establezcan una obligación de pago de contenido económico a cargo de la misma”.

Las contribuciones. Para la SCJN las contribuciones son las mismas que establece el artículo 2º del CFF.

2. En atención al poder tributario que las establece y percibe, se clasifican en:

a) Ingresos públicos federales. Según la Ley de Ingresos de la Federación (LIF), los ingresos públicos federales son: impuestos, contribuciones de mejoras, derechos, contribuciones no comprendidas en las fracciones precedentes causadas en ejercicios fiscales anteriores pendientes de liquidación o pago, productos, aprovechamientos, ingresos de organismos y empresas, aportaciones de seguridad social, ingresos derivados de financiamientos y otros.

b) Ingresos públicos estatales. Según la Ley de Ingresos del Estado de Morelos (LIEM) y el artículo 11 del CFEM, existen ingresos ordinarios y extraordinarios. Son ordinarios los que se establecen para el pago del gasto público corriente. Son extraordinarios aquéllos cuya percepción se decreta excepcionalmente para proveer al pago de gastos e inversiones accidentales, especiales o extraordinarias.

c) Ingresos públicos municipales. Los ingresos que perciben los municipios son, según la Ley de Ingresos para el Municipio de Cuernavaca, impuestos, contribución de mejoras, derechos, productos, aprovechamientos, participaciones, aportaciones federales, aportaciones estatales y otros.

3. De acuerdo a su naturaleza jurídica se clasifican en:

a) Contribuciones. Según el artículo 2º del CFF comprenden: impuestos, derechos, contribuciones de mejoras y aportaciones de seguridad social.

El CFEM dice en su artículo 12 que las contribuciones comprenden únicamente, impuestos, derechos y contribuciones especiales, ya que no existe un sistema de seguridad social de carácter estatal o municipal al que deba contribuirse.

b) Ingresos financieros. Estos, a su vez, comprenden:

1) Aprovechamientos. Son ingresos que percibe el Estado por funciones de derecho público, distintos de las contribuciones, de los ingresos derivados de financiamientos y de los que obtengan los organismos descentralizados y las empresas de participación estatal, según el artículo 3º del CFF y 13 del CFEM.

La LIF enumera como aprovechamientos las multas, indemnizaciones, reintegros, cuotas compensatorias, aportaciones de contratistas de obras públicas, recuperaciones de capital como las desincorporaciones, los provenientes del decomiso y de bienes que pasen a propiedad del Fisco Federal, etc. A nivel estatal tenemos como ejemplos de aprovechamientos los rezagos, recargos, gastos de ejecución, fianzas que se hagan efectivas, conmutación de penas, donativos, administración de impuestos municipales, etcétera.

2) Productos. Son las contraprestaciones por los servicios que presta el Estado en sus funciones de derecho privado, así como por el uso, aprovechamiento o enajenación de bienes del dominio privado, según el artículo 3º del CFF y 14 del CFEM.

La LIF generalmente enumera los productos que va a percibir el Estado entre utilidades obtenidas por la Lotería Nacional, los Pronósticos para la Asistencia Pública, de los organismos descentralizados y empresas de participación estatal, ingresos por enajenar, usar o aprovechar bienes del dominio privado, arrendamiento de tierras, locales y construcciones, enajenación de bienes muebles e inmuebles, intereses de valores, créditos y bonos, etc. En el Estado de Morelos, tenemos como ejemplos de los productos: arrendamiento y venta de bienes muebles o inmuebles, venta del periódico oficial, rendimiento por inversiones en crédito y valores, etcétera.

3) Otros ingresos financieros. A nivel federal se constituyen por la emisión de valores que el gobierno realiza en México o en el extranjero y otros financiamientos (Petrobonos, CETES, etc.). Los ingresos estatales son las participaciones federales derivadas de la Ley Federal de Coordinación Fiscal (LFCF), las expropiaciones, las aportaciones del gobierno federal o de terceros a programas de desarrollo, empréstitos, etcétera.

Por su parte, el Código Fiscal de la Federación implícitamente clasifica a los ingresos públicos en ingresos de Derecho Público y de Derecho Privado.

En efecto, en el artículo 3º del mismo, último párrafo, define a los productos como las contraprestaciones por los servicios que preste el Estado en sus funciones de derecho privado, así como por el uso, aprovechamiento o enajenación de bienes del dominio privado. Por su parte el primer párrafo de este mismo artículo indica que los aprovechamientos son los ingresos que percibe el Estado por funciones de derecho público distintos de las contribuciones, de los ingresos derivados de financiamientos y de los que obtengan los organismos descentralizados y las empresas de participación estatal, significando con ello que los aprovechamientos son, al igual que las contribuciones y los demás ingresos antes enunciados, regulados por normas de derecho público.

En resumen, para el CFF, mientras los productos se rigen por normas de derecho privado, las contribuciones, los ingresos derivados de financiamientos y de los que obtengan los organismos descentralizados y las empresas de participación estatal se rigen por normas de derecho público.

Un dato más que debe ponerse de relieve antes de establecer nuestra postura sobre la naturaleza jurídica de las aportaciones privadas de seguridad social, es que, virtud a la jurisprudencia 19/2003 emitida por la Segunda Sala de la SCJN, debemos entender que los ingresos públicos podrán ser tributarios o no atendiendo a su naturaleza jurídica, independientemente a la denominación que el legislador ordinario quiera indicarles. Expresa la referida tesis:

INGRESOS PÚBLICOS. PARA VERIFICAR SU APEGO A LOS PRINCIPIOS QUE CONFORME A LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS RIGEN SU ESTABLECIMIENTO, LIQUIDACIÓN Y COBRO, DEBE ATENDERSE A SU NATURALEZA, CON INDEPENDENCIA DE LA DENOMINACIÓN QUE LES DÉ EL LEGISLADOR ORDINARIO. Si bien es cierto que el legislador ordinario puede definir en cada época cuáles son las contribuciones necesarias para cubrir el gasto público, de acuerdo con las circunstancias sociales y económicas que existan en cada momento, atendiendo a la evolución de la administración pública y a las responsabilidades que el Estado vaya asumiendo en la prestación y mantenimiento de los servicios públicos que aseguren el desarrollo integral de los individuos que componen la sociedad, también lo es que ello no obsta para que la Suprema Corte de Justicia de la Nación, al analizar la constitucionalidad de una prestación patrimonial de carácter público, con independencia de que formalmente se le considere como contribución o ingreso no tributario, desentrañe su verdadera naturaleza y, conforme a ésta, verifique si el contexto normativo que rige su establecimiento, liquidación y cobro se sujeta a las prerrogativas y obligaciones que se prevén en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tanto para los

governados como para las autoridades constituidas, dependiendo de su naturaleza tributaria o no tributaria.²⁷

Con base en lo anterior, y analizando los conceptos vertidos y las clasificaciones antes citadas, es obvio que las aportaciones privadas a la seguridad social, sólo tendrían un ajuste –por cierto muy forzado– al de otros ingresos financieros. No puede incluirse en el de contribuciones, aprovechamientos o productos porque no encuadra en estas definiciones.

El problema radica en que el concepto de “otros ingresos financieros” carece de sustantividad, son verdaderas remisiones en blanco que la legislación ha creado sin contenido alguno.

Si se nos pide un último esfuerzo por identificar la naturaleza jurídica de las aportaciones privadas a la seguridad social, podríamos decir que se trata de prestaciones patrimoniales de carácter público respecto de las cuales los principios generales y específicos aplicables a las contribuciones, serían reconducibles en forma muy matizada.

²⁷ Novena Época, Segunda Sala, Tomo xvii, marzo de 2003, tesis 2a. /J. 19/2003, p. 301.

CERTEZA JURÍDICA EN EL PROCEDIMIENTO DE CONCILIACIÓN ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

*Felipe Miguel Carrasco Fernández**

INTRODUCCIÓN

El tema de conciliación es socorrido desde tiempos de la antigua Grecia y Roma y utilizado hoy día como una alternativa para resolver conflictos. En algunas legislaciones de diversas ramas del derecho es utilizado para dicho fin, pero confundiendo con la amigable composición y en otras se genera una falta de certeza jurídica de los ciudadanos al acudir a la conciliación toda vez que no se garantiza un procedimiento y su reglamentación, por lo tanto, solamente se establece en algunas instituciones durante el procedimiento o previo al mismo, o como una alternativa antes de acudir a los órganos jurisdiccionales podrán dirimir sus controversias mediante la conciliación ante diversos organismos en ocasiones especializados creados por el Estado, como sucede con la comisión nacional de arbitraje médico, quien no reglamenta el procedimiento de conciliación y los usuarios utilizan ésta generando una falta de certeza jurídica en dicho procedimiento.

MÉTODOS ALTERNATIVOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN LA GLOBALIZACIÓN

Hoy en día, el descrédito generalizado de los poderes judiciales en el mundo entero, está llevando a la humanidad a tener que recurrir a soluciones alternativas

* Coordinador de Maestrías en Derecho de la Universidad Iberoamericana de Puebla.

para la solución de controversias. La lentitud, los formalismos, las enormes cargas de trabajo de los jueces, la corrupción, la sobredosis de recursos y argucias legales, son algunos de los obstáculos que detienen la procuración de una justicia pronta y expedita. La reacción a nivel mundial ha sido la búsqueda de medios alternativos de solución de conflictos (ADR's por sus siglas en inglés Alternative Dispute Resolutions).¹

Etimológicamente, conflicto proviene de la voz latina *conflictus*, derivado del verbo *confligere*, combatir, lucha pelear.

El *Diccionario de la Lengua Española*: lo más recio de un combate. Punto en que aparece incierto el resultado de la pelea. Combate y angustia del ánimo. Apuro, situación y de difícil salida.

El *Diccionario Jurídico* de Guillermo Cabanellas: guerra, lucha. Es la oposición de interés en que las partes no ceden. Choque o colisión de derechos o pretensiones. Situación difícil, caso desgraciado.²

El campo del derecho se ha abierto entonces a dos fenómenos que a su vez son necesarios para el desarrollo de los sistemas de integración: el dictado de normas comunitarias y la aparición de métodos alternativos de resolución de conflictos.

En el ámbito internacional, los sistemas jurídicos de los diversos Estados se interrelacionan cada vez más entre sí, orientándose a constituir un sistema jurídico mundial (supranacional), compuesto por normas comunitarias y en el que coexisten los sistemas tradicionales de solución de controversias con los métodos de resolución alternativa de conflictos en sus diferentes formas.³

Todo ser humano, por lo general, necesita vivir en sociedad. Requiere de otras personas para desarrollarse en todo el sentido de la palabra. Sin embargo, este ser humano, como ente individual, presenta sus propias cualidades, pensamientos, sentimientos, características que lo hacen distinguirse de otros como él.

El tiempo y la necesidad ha demandado que se busquen diferentes opciones que pongan fin a estos conflictos, de una manera rápida y eficaz. De esta forma

¹ Ignacio Gómez Palacio, "Ley Modelo sobre Conciliación Comercial Internacional de la CNUDMI", en *Revista Jurídica. Anuario del Departamento de Derecho de la Universidad Iberoamericana*, núm. 35, 2005.

² Luis Alfredo Alarcón Flores, "La conciliación en el Perú", en *Revista Iberoamericana de Arbitraje y Mediación*, febrero 2004, <<http://www.servilex.com.pe/arbitraje/filephp?idarticulo-66>>. [Consulta: 03 de septiembre 2008.]

³ María Cecilia Antoniazzi, "Los métodos RAD en la Globalización", en *Revista Iberoamericana de Arbitraje y Mediación*, febrero 2004. <<http://www.servilex.com.pe/arbitraje/filephp?idarticulo-58>>. [Consulta: 03 de septiembre 2008.]

nace la conciliación como un mecanismo que da solución a una necesidad de justicia.⁴

Existen diversos métodos alternativos de solución de controversias, Fernández del Castillo y Rodríguez Villa, mencionan los siguientes: el arbitraje, la negociación, el avenimiento, la concertación, la mediación, la amigable composición.⁵

Los “Mecanismos de Resolución de Conflictos” pueden ser: 1. convencionales, clásicos o tradicionales: arbitraje y proceso judicial (mecanismos heterocompositivos). 2. alternativos: negociación, conciliación y mediación (mecanismos autocompositivos).

a) La negociación: es el mecanismo mediante el cual, se arriba a la solución de un conflicto entre las partes, sin la intervención de un tercero. Consiste en un proceso transaccional de intercambio de información entre dos o más partes, tendiente a satisfacer intereses. En ese supuesto, resulta primordial, compatibilizar los intereses de ambas partes, buscando los elementos comunes que puedan existir en dichos intereses, a fin de acceder a un acuerdo que los satisfaga a plenitud. La negociación puede ser directa, indirecta, distributiva e integrativa.

b) La mediación: es el mecanismo por medio del cual, las partes procuran solucionar su conflicto, llegando a un acuerdo satisfactorio a sus intereses, con la ayuda de un tercero, denominado mediador, quien cumple un rol pasivo, brindando a las partes, orientaciones, consejos y sugerencias, pero no proponiéndoles fórmulas de solución. El mediador cumple principalmente, una función facilitadora del diálogo entre las partes.

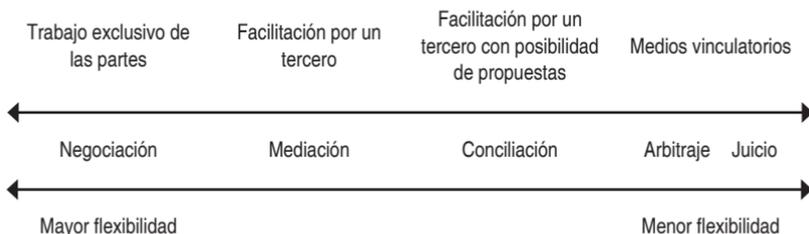
c) La conciliación: es muy similar a la mediación, pero a diferencia de la primera, el rol del tercero, denominado conciliador, es activo, cumpliendo éste además de una función facilitadora del diálogo entre las partes; una función instructiva, debido a que se constituye en un instructor permanente de la orientación que las partes le den a la gestión (manejo) del conflicto; una función potencial o prepositiva, la cual consiste en la facultad del conciliador, de proponer eventualmente, si lo considera conveniente, una o más fórmulas de solución no obligatorias, sometiéndolas a consideración de las partes y una función supervisora de la legalidad de los acuerdos conciliatorios, sólo si el conciliador fuese abogado de profesión. La conciliación es una especie de negociación integrativa asistida por un tercero.⁶

⁴ Henry Cama Godoy, “La conciliación como mecanismo alternativo de solución de conflictos”, en *Revista Iberoamericana de Arbitraje y Mediación*. Febrero 2004, en <http://www.servilex.com.pe/arbitraje/colaboraciones/mecanismo_alternativo.php>. [Consulta 04 de septiembre 2008].

⁵ Othon Pérez Fernández del Castillo y Bertha Mary Rodríguez Villa, *Manual del Conciliador*, Editorial Vivir en Paz ONG, mayo 2003.

⁶ Luis Alfredo Alarcón Flores, en *op. cit.*, p. 3.

Tron Petit ilustra con la siguiente figura el grado de flexibilidad que presentan los medios alternativos de soluciones de conflictos:



7

RESEÑA HISTÓRICA DE LA CONCILIACIÓN

La conciliación es el recurso en el que se reúnen las partes en conflicto para dialogar y de ser posible llegar a un acuerdo.⁸

Algunos autores han señalado que la conciliación fue una de las primeras formas de solución de conflictos.

Siguiendo a Vado Grajales éste hace una reseña histórica de la misma en los siguientes términos:

1. Grecia

Se ha estimado que los Thesmotetas o Tesmotetes de Atenas realizaban una labor disuasora respecto de las intenciones litigiosas de los ciudadanos, buscando avenir a las partes del posible proceso para que transaran el conflicto o, cuando menos, se comprometieran en árbitros.

2. Roma

Un sector de la doctrina encuentra antecedentes de la conciliación en la Ley de las Doce Tabas, en concreto, en la Tabla I; sin embargo, esta opinión no es gene-

⁷ Jean Claude Tron Petit, *Soluciones alternativas a los conflictos*, México, Abogado Corporativo, mayo-junio 2008.

⁸ María Cecilia Antoniazzi, "Los métodos RAD en la Globalización", en *Revista Iberoamericana de Arbitraje y Mediación*, febrero 2004, <<http://www.servilex.com.pe/arbitraje/filephp?idarticulo-58>>. [Consulta: 03 de septiembre 2008].

ral. Se suele citar como antecedente de en Roma el siguiente texto de Suetonio, que se ocupa de una columna de mármol dedicada a Julio César "... y por largo tiempo fue costumbre ofrecer sacrificios al pie de ella, hacer votos y terminar ciertas diferencias jurando por el nombre de César..."; sin embargo, no se habla de la intervención de un tercero. Por su parte, Cicerón recomendaba llegar a arreglos elogiando la actitud del que elude los pleitos.

3. España

Evidentemente los antecedentes españoles son los que más nos interesan, ya que directamente inciden en el desarrollo de la figura conciliatoria en México.

Se encuentran antecedentes de la institución en estudio dentro del Fuero Juzgo, en el caso de los llamados "pacis adsertores" o "mandaderos de paz", que enviaba el rey para que intervinieran en un pleito concreto, buscando la avenencia entre las partes. Sin embargo, no tenían carácter permanente y sólo tenían participación en el asunto que concretamente les era encargado por el Monarca; incluso, la misma legislación prohibía la transacción de los litigios una vez iniciados.

Otros antecedentes los encontramos en el Tribunal de los Obispos en la época de la dominación visigótica en España y en las Partidas. Pero el nacimiento de la conciliación como tal lo podemos encontrar en las jurisdicciones consulares, en concreto, en las ordenanzas de Burgos y de Sevilla. En ambos casos se ha interpretado que se trata de conciliaciones voluntarias, llevadas a cabo ante el Prior y los Cónsules que conocerían del proceso, encontrándose su regulación en el capítulo XVII de la ordenanza de Burgos y XII en la de Sevilla. Cabe hacer notar que en ambos casos se habla de la participación de terceros llamados por las partes (antecedentes de la figura de los "hombres buenos"); aunque no se sabe con exactitud si su función era ayudar al Prior y los Cónsules a lograr el acuerdo, procurar extrajudicialmente la avenencia o realizar un arbitraje.

En las ordenanzas de Bilbao, del año de 1737 se establece la obligatoriedad de la conciliación ante el Prior y los Cónsules, siempre que las partes "pudieran ser habidas". Las futuras partes harían una exposición verbal de sus acciones y excepciones, después se intentará el avenimiento y, de no ser posible, se admitirán los escritos. Se trata, como en el caso de las ordenanzas de Burgos y Sevilla, de una conciliación previa a la admisión de la demanda.

En las nuevas ordenanzas de Burgos, del año de 1766, se establece la obligatoriedad sin ninguna referencia a si las partes pueden ser "habidas" o no, y el procedimiento es idéntico al caso de Bilbao. En las nuevas ordenanzas de Sevilla, fechadas el año de 1784, el intento de conciliación se traslada de antes del inicio del

proceso (caso en que opera como un auténtico medio evitador del mismo), al momento posterior a la presentación y declaración de testigos, y previa a la votación de la sentencia (caso en que opera como un medio evitador de la sentencia).⁹

A mayor abundamiento respecto al tema de la historia de la conciliación Dwight, menciona: En la antigua China, con Confucio quien expresa que “la resolución óptima de las discrepancias se lograba mediante la persuasión moral y el acuerdo, pero no bajo coacción”.

La Iglesia Católica también hizo sus aportes en cuanto a la resolución de los conflictos entre los hombres facultando a los párrocos o sacerdotes a ayudar a las partes para que procuraran de común acuerdo resolver sus disputas. En el *Codex Iuris Canonici* de 1917 como en el de 1983 (canon 1446).

Al comenzar el litigio, y en cualquier otro momento siempre que se abrigue alguna esperanza de éxito, el juez no dejará de exhortar y ayudar a las partes para que procuren de común acuerdo buscar una solución equitativa de su controversia, y les indicará los medios oportunos para lograr este fin, recurriendo incluso a personas serias como mediadoras.

Además regularon la conciliación como el deber cristiano que tienen tanto las autoridades o jueces, como los particulares para evitar los litigios, convirtiéndola en un trámite previo de carácter obligatorio.

Como dato curioso encontramos una referencia bíblica del uso de la conciliación en el Evangelio de San Mateo 18 versículos 15-16 “Si tu hermano te hace algo malo, habla con él a solas y hazle reconocer tu falta. Si te hace caso, ya has ganado a tu hermano. Si no te hace caso, llama a una o dos personas más para que toda acusación se base en el testimonio de dos o tres testigos”.

El gran hecho histórico que marcó un gran cambio social, político, ideológico y cultural como es bien sabido fue la Revolución francesa, y claro, la conciliación no podía ser ajena a todos los cambios que aquella produjo, por lo que algunos autores como José Roberto Junco Vargas aseveran que la conciliación tal como la concebimos actualmente tuvo su origen en el siglo XVIII, cuando las legislaciones de muchos países la acogieron en sus códigos ya fuera como un acto voluntario entre las partes en conflicto o como un trámite previo de carácter obligatorio para poder demandar, esta concepción llega hasta el siglo XX donde ha sido consagrada como un requisito de procedibilidad para acceder a la administración de justicia, a continuación reseñemos alguna de esas legislaciones.

⁹ Luis Octavio Vado Grajales, *Concepto e historia de la conciliación*, núm. 10, julio-diciembre 2002. Visible en <<http://www.uv.es/ripij/10conc.htm> 29 de agosto 2008>. [Consulta: 12 septiembre 2008].

En la legislación portuguesa, en el Código Manuelino de 1521, se ordena acudir a la conciliación como requisito previo antes de presentar la demanda.

En la Francia de ese siglo, con la ley del 24 de agosto de 1790, Código de Procedimiento Civil, en el cual no se admitía demanda civil sin previo intento de conciliación y además a ella no podían acudir apoderados.

En España por una ley de 1788 dirigida a los corregidores, se les ordenó que evitarán en cuanto le fueren posible los pleitos, logrando que las partes de forma amistosa y voluntariamente resolvieran sus disputas y los funcionarios debían valerse de todos los medios de persuasión para evitar que fueran ante un juez o tribunal.

Para el año de 1812 en las conocidas Ordenanzas de Bilbao-leyes de carácter mercantil-se dispuso que no habría trámite judicial, si antes los cónsules no llamaban a los interesados y lograran transar sus diferencias.¹⁰

Al respecto Vado Grajales, manifiesta: La conciliación alcanza el más lato rango legal con la Constitución de 1812, que la regula en el capítulo II del título V, constituyéndose así en el antecedente directo de la conciliación en México.

A continuación reproducimos los artículos pertinentes:

Art. 282. El alcalde de cada pueblo ejercerá en él el oficio de conciliador; y el que tenga que demandar por negocios civiles o por injurias (aquí notamos que la conciliación era permitida también en asuntos penales) deberá presentarse a él con este objeto.

Art. 283. El alcalde, con dos hombres buenos, nombrados uno por cada parte, oírá al demandante y al demandado, se enterará de las razones en que respectivamente apoyen su intención, y tomará, oído el dictamen de los dos asociados, la providencia que le parezca propia para el fin de terminar el litigio sin más progreso, como se terminará, en efecto, si las partes se aquietan con esta decisión extrajudicial.

Art. 284. Sin hacer constar que se ha intentado el medio (¿medio, juicio, proceso, procedimiento?, nos asalta a cada paso la imprecisión terminológica) de la conciliación no se entablará pleito ninguno.

Comúnmente se ha considerado que la conciliación nace en España (y en sus colonias) hasta la Constitución de Cádiz, “El juicio de conciliación no fue conocido entre nosotros hasta que se estableció en la Constitución de 1812...”; como ya vimos, los antecedentes hispánicos son muy anteriores, y tratándose de la jurisdicción mercantil, la figura objeto del presente trabajo ya estaba madura.

¹⁰ Eisenhower Dwight, *Historia de la Conciliación en el Derecho Comparado*, en <<http://www.solucionespacificas.com/art02.htm>>. [Consulta: 18 agosto 2008].

¿Qué móvil existía al introducir en la más alta ley la conciliación?; la perpetua preocupación por la duración de los procesos y el aumento, siempre creciente, de la litigiosidad en las sociedades.

Y el espíritu de concordia y liberalidad que hacen tan respetable la institución de los jueces árbitros persuade cuan conveniente sea que los alcaldes de los pueblos ejerzan el oficio de conciliadores en los asuntos civiles e injurias de menor momento, para prevenir en cuanto sea posible que los pleitos se originen o se multipliquen sin causa suficiente. Las reglas que han de observar los alcaldes en estos casos, se dirigen a evitar que esta precaución no se ilusoria...

En el "Reglamento de las Audiencias y Juzgados de Primera Instancia", de fecha 9 de octubre de 1812, se reguló el procedimiento a seguir, mismo que se encuentra en el capítulo III (la obligatoriedad de la conciliación preprocesal la encontramos en el artículo XIII del capítulo II), y que sucintamente describimos a continuación: los Alcaldes, acompañados de los "hombres buenos" nombrados cada uno por cada participante, los oírán, después atenderá el dictamen de los asociados y en ocho días, a más tardar, emitirá su opinión, que si las partes aceptan concluirá el asunto, asentándose en un libro especial el resultado, positivo o no, del procedimiento.

Lo interesante de la ley referida radica en que se autorizaba al Alcalde ordenar providencias precautorias, cuando hubiese temor de que el deudor fuera a sustraer sus bienes, tratándose de litigios respecto de la retención de efectos; cuando se tratase de un interdicto de obra nueva u otra situación que importara urgencia, para lo cual sólo bastaría que la parte lo pidiera al funcionario antes señalado, procediéndose inmediatamente a la conciliación.

La conciliación mantuvo su carácter obligatorio en la legislación española hasta el año de 1984, en que pasó a ser voluntaria.

Igualmente para el año de 1821 en su Constitución Política artículos 282 y 284, los alcaldes tendrían funciones de conciliador entre quienes quisieran demandar en asuntos civiles o por injurias no pudiendo hacerlo si no demostraban haber intentado y agotado el trámite, pasando de igual forma a la Ley de Enjuiciamiento Civil de 1855, sigue siendo un juicio pero la competencia la tendrían los jueces de paz.

En escritos como los de Voltaire, se encuentra un antecedente en la legislación holandesa, diciendo: "Cuando dos hombres quieren pleitear el uno con el otro, son obligados a ir ante el tribunal de los jueces conciliadores, llamados hacedores de paz. Si las partes llegan con un abogado y un procurador, se hace de pronto retirar a estos últimos, como se aparta la leña de un fuego que se quiere extinguir..."

A partir del siglo xx hasta nuestros días la conciliación ha cobrado un papel distinto, ya no es aquel deber que imponía el Estado al ciudadano para poder acudir a la justicia formal a través de una demanda, ahora se le está dando un carácter más voluntario o mejor aún, facultativo de hacer uso de ella para dirimir sus controversias, aunque todavía hay rezagos de la conciliación como un trámite a agotar para luego poder demandar, como ocurre en nuestra legislación, pero de eso trataré más adelante.

Los cambios sociales, políticos y económicos que enfrentaba la cultura norteamericana a mediados del siglo xix dieron un gran aporte a la conciliación en cuanto a su regulación; como sabemos, la población y cultura norteamericana está conformada por una gran variedad y diversidad de subculturas, por lo que no puede hablarse de una cultura autónoma, esa diversidad de población integrada por hispanos, árabes, asiáticos, europeos, etc. generan muchas diferencias o conflictos ya sea de carácter religioso, político, entre otros, y para defender cada uno sus creencias se hizo necesario buscar formas pacíficas de resolver los conflictos y es así como la colonia China conforma la Chinese Benevolent Association y la judía un centro de arbitraje y mediación llamado Jewish Conciliation Board, desde 1920 en adelante ha tenido un gran auge la creación de distintos centros y organismos dedicados a facilitar la solución de controversias de carácter privado, pero sobre todo se nota el factor voluntad en ello es así como aparece la Federal Mediation and Conciliation Service (FMCS), el Departamento de Justicia en 1964 crea la Community Relations Service, el ADR.¹¹

4. México

No encontramos referencia a la figura conciliatoria en los “Elementos Constitucionales” de Rayón, como tampoco en los “Sentimientos de la Nación” de Morelos ni en la “Constitución de Apatzingan”.

El “Reglamento Provisional Político del Imperio Mexicano” prevé, en su artículo 58, la subsistencia de los Consulados, pero ejerciendo tan sólo actividades de conciliación y arbitraje entre los comerciantes. De dicha legislación resulta importante el artículo 71, que a continuación se transcribe:

Artículo 71: A toda demanda civil o criminal debe preceder la junta conciliatoria en los términos que hasta aquí se ha practicado. Y para que sea más eficaz tan interesante institución, se previene que los hombres buenos presentados por las partes, o

¹¹ L. O. Vado Grajales, en *op. cit.*

no sean abogados, o si lo fueren, no se admitan después en el tribunal para defender a las mismas partes, en caso de seguir el pleito materia de la conciliación.

La tentativa de conciliación se encargaba a los Alcaldes, y el procedimiento se ajustaba a la ley referida del 9 de octubre de 1812; por último, se preveía que en los reglamentos provisionales de cada provincia se debería conceder facultades a los Alcaldes de los pueblos para realizar labores conciliatorias.

En la Constitución de 1824 se establece la obligación de acudir al “medio” de la conciliación previamente a iniciar acción civil, o penal por injurias, según establecía el art. 155.

En la sexta Ley Constitucional de 1836, se señalan como autoridades encargadas de tentar la conciliación a los Alcaldes y a los Jueces de Paz. Encontramos la obligatoriedad de la conciliación en la Quinta Ley, del mismo año.

La figura de los Jueces de Paz permanece en el proyecto de reformas de 1840, señalándose en el mismo que las poblaciones numerosas se dividirán en secciones a cargo de dichos funcionarios, que se ocuparán de la conciliación.

La última mención de la figura estudiada en nuestra historia constitucional la encontramos en los proyectos de 1842, tanto del 26 de agosto como del 2 de noviembre. En ellos se establece la obligatoriedad del intento conciliatorio estableciendo, al igual que la Quinta Ley Constitucional de 1836, que la ley señalaría los casos de excepción y el procedimiento a seguir.

Como un ejemplo de la legislación secundaria que en nuestra Nación se ocupó de la figura conciliatoria, podemos citar la Ley del 3 de mayo de 1837, misma que mantenía la posibilidad de medidas precautorias, pero en la que no encontramos las prevenciones respecto de los abogados que contenía el Reglamento Provisional Político del Imperio Mexicano.

Describiremos someramente el procedimiento previsto:

1. La petición hecha por el probable futuro actor será verbal ante el Alcalde o Juez de Paz.

2. El Alcalde o Juez de Paz citará al requerido (es de esperarse que el citatorio fuera por escrito, ya que debía contener el objeto sobre el que versaría el intento; el día; la hora y lugar en que se realizaría la comparecencia.

3. Se prevendría a ambos participantes que concurrieran acompañados de su “hombre bueno”, quien debía ser mayor de 25 años y en ejercicio de sus derechos.

4. En caso de inasistencia del citado, se giraba un nuevo citatorio, con apercibimiento de una multa de dos a diez pesos; en caso de que continuara en su rebeldía, se tenía por intentada la conciliación, asentándose en el “Libro de conciliaciones” el resultado negativo por la inasistencia, exigiéndose el pago de la multa.

5. El peticionario puede renunciar válidamente a la misma en la primera o segunda cita, teniéndose por intentada la conciliación y asentándose la renuncia en el libro citado. En este caso, como en el anterior, firmarían el libro el Alcalde o Juez de Paz; el peticionario y el escribano.

6. Aunque no queda muy claro del texto de la ley en cita, parece que el citado podía renunciar al beneficio de la conciliación aun sin acudir a las citas, si lo hace por escrito.

7. Los participantes en la conciliación podían acudir por sí o por apoderados; exponían ante la autoridad los hechos; el Alcalde o Juez que presidiera el intento conciliatorio escuchará el dictamen de los hombres buenos y dará enseguida (o en un plazo de 8 días) la providencia que le parezca conveniente para acabar el pleito.

8. Conformándose las partes con lo recomendado, se les expedían copias certificadas para que el arreglo se lleve a cabo por la autoridad correspondiente; de no haber acuerdo, se extendía certificado de haberse intentado la conciliación.

Las causas por las que no procedía la conciliación son variadas, por lo que remitimos al artículo 90 de la ley en cita. Por último, recordemos que la “Ley de Procedimientos Judiciales” de 1857 también regulaba la conciliación como presupuesto intentar la acción civil o penal, en caso de injurias.

Como podemos observar, parece ser que más que buscar un acercamiento y comunicación entre las partes (lo que caracteriza a la conciliación moderna), se pretendía que la autoridad conociera del asunto y dictaminara; esta presunción se fortalece al no hacer la ley en comento referencia alguna a la obligación del Alcalde o Juez de Paz de invitar a las partes a formular propuestas de arreglo. Esta figura guarda curiosa similitud con las modernas instituciones norteamericanas del “Summary Jury Trial” y el “Moderated Settlement Conference”; así como con un procedimiento, del mismo origen geográfico, para la resolución de disputas sobre patentes.

Es importante hacer una breve reflexión sobre los hombres buenos; es posible conjeturar que los participantes del procedimiento conciliatorio buscaran a hombres persuasivos, que pudieran sostener su postura frente a la autoridad que fuera a emitir la propuesta de arreglo; la prevención respecto de que los abogados no fueran conciliadores, sin duda refleja el temor de que buscaran más la continuación que el arreglo del pleito.

Los hombres buenos cumplían una doble función de auxiliadores, “... del conciliador, en sus esfuerzos por lograr la avenencia, y de las partes, en cuanto salgan a la defensa de sus intereses...”; en forma parecida a cómo deberían funcionar los

representantes del capital y del trabajo en las actuales Juntas de Conciliación y Arbitraje del proceso laboral mexicano.

En Querétaro, la conciliación, como ya se dijo, pasa de la Constitución de 1825 a la de 1833; en esta última la labor estaba encomendada a los jueces de Primera Instancia y a los Alcaldes Constitucionales.

Para terminar, y a guisa de ejemplo de la reglamentación que tuvo nuestra figura durante el siglo pasado, diremos que en Veracruz, en el Código de 1868 (unitario, por cierto, asunto por el cual propugna el maestro Fairén Guillen), se establecía la conciliación preventiva. En la Ley de Procedimientos para el Distrito Federal y Territorios, de 1857, se preveía la conciliación post-alegatos.¹²

CONCILIACIÓN Y AMIGABLE COMPOSICIÓN

Etimológicamente el vocablo “conciliación” proviene del latín “conciliatio”, que significa “composición de ánimos en diferencia”.

“Conciliar” se deriva del vocablo latino *Conciliare*, que según el *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*, significa componer, ajustar los ánimos de quienes estaban opuestos entre sí.

Cabe señalar, que tradicionalmente el acto de conciliar se ha visto reflejado dentro de un proceso judicial, donde los sujetos que intervienen como partes tienen intereses opuestos. Aquí está presente permanentemente un juez, el cual toma conocimiento de la causa para poder aclarar el conflicto. Para el efecto se basa en la demanda y en la contestación, buscando analizar los puntos controvertidos para poder arribar a una fórmula conciliatoria que resulte equitativa para ambas partes. Esto es propio de la “Conciliación Procesal” que forma parte de los llamados Mecanismos Alternativos de Resolución de Conflictos Procesales, los mismos que se desarrollan dentro de un proceso judicial buscando evitar la sentencia.

De otro lado, la conciliación como mecanismo alternativo de resolución de conflictos, busca de manera pacífica solucionar los conflictos sin acudir al Poder Judicial. Podemos decir también que “la conciliación es un sistema para la solución directa y amistosa de las diferencias que puedan surgir de una relación contractual o extracontractual, mediante la cual las partes en conflicto con la colaboración activa de un tercero o conciliador, ponen fin al mismo, celebrando un contrato de transacción”.

¹² *Idem.*

Para el doctor Iván Ormarchea la Conciliación constituye “un proceso consensual y confidencial de toma de decisiones en el cual una o más personas imparciales –conciliador o conciliadores– asisten a personas, organizaciones y comunidades en conflicto a trabajar hacia el logro de una variedad de objetivos”.

En el fondo, la conciliación es una negociación asistida, donde las partes buscan dar una solución satisfactoria permitiendo, en forma concertada, la intervención de un tercero, que tenga la capacidad de proponer fórmulas conciliatorias, fomentado en todo el momento del proceso la comunicación entre las partes, valiéndose del lenguaje, tanto verbal como no verbal, y del manejo racional de la información, tratando de llegar a sus verdaderos intereses (Verdad Real).¹³

La conciliación es un mecanismo de resolución de conflictos a través del cual, dos o más personas gestionan por sí mismas la solución de sus diferencias, con la ayuda de un tercero neutral y calificado, denominado conciliador.

La conciliación es un procedimiento con una serie de etapas, mediante las cuales las personas que se encuentran involucradas en un conflicto desistióle, transigióle o determinado como conciliaóle por la ley, encuentran la manera de resolverlo a través de un acuerdo satisfactorio para ambas partes.

Además de las personas en conflicto, esta figura involucra también a un tercero neutral e imparcial llamado conciliador que actúa, siempre habilitado por las partes, facilitando el diálogo entre ellas y promoviendo fórmulas de acuerdo que permitan llegar a soluciones satisfactorias para ambas partes.

Desde una perspectiva diferente además de ser un procedimiento, la conciliación es un acto jurídico en el cual intervienen sujetos con capacidad jurídica y distintos intereses y en donde su consentimiento y voluntad están dirigidos directamente a dar por terminada una obligación o una relación jurídica, a modificar un acuerdo existente o a crear situaciones o relaciones jurídicas nuevas que beneficien a ambas partes.¹⁴

La conciliación es un mecanismo alternativo de solución de conflictos por medio del cual dos o más personas gestionan por sí mismas la solución de sus diferencias, con la ayuda de un tercero neutral y calificado denominado conciliador (Art. 64 de la Ley 446 de 1998 de Colombia).

Con base en la definición de conciliación, podemos presentar las características más importantes de este mecanismo no formal de administración de justicia:

- Las personas que solicitan y son invitadas a una conciliación se reservan el derecho a llegar o no a un acuerdo que solucione su controversia. La conciliación es voluntaria, las partes gestionan por sí mismas la solución de

¹³ H. Cama Godoy, “La conciliación como...”, en *op. cit.*

¹⁴ *Idem.*

su conflicto a través del diálogo asistidos por un conciliador. Por ello afirmamos que la conciliación es la oportunidad que tienen las personas de demostrar que no solamente generan conflictos, sino también que tienen la facultad de resolverlos.

- La conciliación se adelanta con la ayuda de un tercero, una persona que es conciliador.

Existen dos clases de conciliadores: en derecho y en equidad.¹⁵

1. Amigable composición

La amigable composición es la que se da entre lo amistoso que es propio de amigos y es una forma de solucionar conflictos de intereses entre las partes por obra de terceros amigos de ambas, sin sujetar sus procedimientos a normas de derecho preestablecidas y sin apearse para la decisión más que a la equidad y buena fe.

Es una de las figuras más antiguas del derecho que surgió en el patriarcal en el seno de los grupos tan pronto como éstos alcanzaron un grado de evolución suficiente para comprender la conveniencia de abandonar el uso de la violencia y a poner en manos de amigos la composición pacífica de los conflictos. La amigable composición y el arbitraje, son figuras que guardan entre sí una estrecha afinidad y que han seguido su trayectoria histórica conservando cada una sus rasgos inconfundibles.¹⁶

A mayor abundamiento, la amigable composición en la legislación colombiana como en otros países de América Latina consideran a este método alternativo con la característica primordial de delegar a un tercero denominado amigable componedor, la facultad de resolver el asunto estableciendo efectos legales relativos a la transacción tal y como lo establecen los siguientes preceptos legales de la ley colombiana antes citada:

Artículo 223°. Definición. La amigable composición es un mecanismo de solución de conflictos, por medio del cual dos o más particulares delegan en un tercero, denominado amigable componedor, la facultad de precisar, con fuerza vincu-

¹⁵ Harbey Peña Sandoval, "La conciliación. Marco legal en Colombia", en *Revista Iberoamericana de Arbitraje y Mediación*, febrero 2004, <<http://www.servilex.com.pe/arbitraje/filephp?idarticulo-215>>. [Consulta: 04 de septiembre 2008].

¹⁶ Luis Armando Arce Mayoral, *Derecho procesal civil*, México, Universidad Virtual Atenas Veracruzana, 2008.

lante para ellas, el estado, las partes y la forma de cumplimiento de un negocio jurídico particular. El amigable componedor podrá ser singular o plural (artículo 130 Ley 446 de 1998).

Artículo 224^o. Efectos. La decisión del amigable componedor producirá los efectos legales relativos a la transacción (artículo 131 Ley 446 de 1998).

Artículo 225^o. Designación. Las partes podrán nombrar al amigable componedor directamente o delegar en un tercero la designación. El tercero delegado por las partes para nombrar al amigable componedor puede ser una persona natural o jurídica (artículo 132 Ley 446 de 1998).¹⁷

En nuestra legislación mexicana existen casos en los cuales el amigable componedor se le considera como conciliador y en otros como árbitro de conciencia, por ejemplo en la fracción IV del artículo 4^o del decreto por el que se crea la CONAMED se indica que ésta puede actuar como amigable componedor para tratar de conciliar los intereses del usuario y prestador de los servicios médicos; mientras que en los artículos 117 y 119 de la Ley Federal de Protección al Consumidor se establece que el arbitraje podrá ser de derecho o de conciencia, siendo este último aquél en que la Procuraduría actúa como amigable componedor.

2. Objetivos de la conciliación

Los objetivos de la conciliación por las partes son: a) Lograr su propia solución. b) Mejorar la comunicación, entendimiento y empatía. c) Mejorar sus relaciones. d) Minimizar, evitar y mejorar la participación del sistema judicial. e) Trabajar conjuntamente hacia el logro de un entendimiento mismo para resolver un problema o conflicto. f) Resolver conflictos subyacentes.¹⁸

3. Premisas que sustentan la conciliación

La conciliación es la consecuencia de un conjunto de premisas que sustentan su contenido esencial.

1. El conflicto como aspecto natural de la vida se percibe como un reto y una posibilidad de cambio positivo.

¹⁷ Arbitraje y otros procedimientos alternativos de solución de controversias comerciales. Colombia. Decreto 1818 de 1998, en <<http://www.sice.oas.org/disoute/,rb/colombia/de1818se.asp>>. [Consulta: 29 de agosto de 2008].

¹⁸ L. F. Alarcón Flores, "La conciliación en el Perú", en *op. cit.*

2. En la práctica el conflicto no es propiamente un fenómeno nocivo o intolerante como comúnmente se piensa, sino más bien es una posibilidad de creación, cambio positivo, unión grupal y desarrollo.

3. Las mejores soluciones son pragmáticas imaginativas, equitativas, duraderas y satisfactorias para las partes.

4. La resolución de conflictos no se aboca a la liquidación del conflicto, sino a una resolución o transformación caracterizada por una solución cualitativamente aceptable para las partes.

5. La comunicación adecuada favorece la eficiente resolución de conflictos.

6. En una solución de conflicto la comunicación es defectuosa en su cantidad o forma. Al respecto Moore, (1995) señala, si la calidad de la información intercambiada puede mejorar, podrá alcanzar la cantidad apropiada de comunicación, y de adoptar la forma apropiada a estos datos, será posible abordar las causas de la disputa y los participantes, avanzarán hacia la resolución.

7. La participación del conciliador de las partes en la búsqueda de las soluciones es necesaria.

8. Ya hemos dicho cómo las partes con la asistencia del tercer conciliador debe buscar alternativas de solución. El tercero debe incentivar a que todos conjuntamente busquen soluciones por más que las partes quieran someterse a su consejo.

9. El conciliador goza de las condiciones adecuadas para realizar su gestión.

10. El conciliador no necesita ser un experto para ser un buen conciliador, esto se logra mediante la práctica intensiva, y al ascendiente que tenga dentro de su comunidad. Así es harto conocido que el conciliador empírico en zonas retiradas de nuestro país especialmente del ande peruano está personalizada en la figura del Juez de Paz.

11. La cooperación o confianza se puede crear con la adecuada participación del tercero.

12. A propósito, los tratados de conciliación y mediación señalan que en los procesos de resolución de conflictos requieren que éste se desarrolle dentro de un mínimo de confianza.

13. Consecuentemente el rol del conciliador es desplegar un conjunto de estrategias que estimulen la confianza.

14. El balance de poder fomentar un mejor manejo y eventual resolución del conflicto con el fin de asegurar una solución satisfactoria del conflicto, el conciliador debe crear las condiciones para que las partes en conflicto sientan que participen en iguales términos en la solución del conflicto.¹⁹

¹⁹ *Idem.*

4. Principios de la conciliación

Los principios son los siguientes 1. equidad y legalidad, 2. neutralidad, 3. imparcialidad, 4. buena fe y veracidad, 5. confidencialidad, 6. empoderamiento, 7. voluntariedad, 8. celeridad y economía:²⁰

5. Ventajas y desventajas de la conciliación

Entre las ventajas y desventajas que se destacan en la conciliación son:

a) Ventajas. Exploración de interés, intereses objetivos, brevedad del proceso, economía, informalidad, confidencialidad, mantenimiento de los derechos, preservación de las relaciones útiles, control del proceso y resultado, solución creativa.²¹ Dicho procedimiento igualmente garantiza una satisfacción a las partes.²²

b) Desventajas. Voluntariedad, incertidumbre, revelación de información.²³

6. Características de la conciliación

Las características en la conciliación son: 1. vinculación consensual, 2. voluntariedad, 3. terceros, 4. conocimiento del fenómeno conflictivo de parte del tercero, 5. informalidad, 6. naturaleza del procedimiento, 7. resultado, 8. privado, 9. control del proceso.²⁴

Casto Estabillo, citado por Óscar Cruz Barney, la califica como bilaterales, preprocesales o endo-procesales, oneroso, con intervención de terceros, públicos e institucionales.²⁵

²⁰ *Idem.*

²¹ *Idem.*

²² Miguel Hernández Sánchez, "La conciliación y mediación como soluciones de problemas jurídicos", en *Memorias del Primer Coloquio "Tendencias Actuales del Derecho"*, México, Universidad de Sonora, 2006, p. 202.

²³ L. F. Alarcón Flores, en *op. cit.*

²⁴ *Idem.*

²⁵ Oscar Cruz Barney, "Notas sobre los medios alternativos de solución de controversias", en *ARS IURIS*, núm. 23, 2000, Universidad Panamericana, p. 136.

7. Diferencias entre la lógica del proceso judicial y la conciliación

Diferencias	Proceso Judicial	La Conciliación
Nivel de solución	Pretensiones, posiciones (contenidas en la demanda, contestación y reconversión).	Problemas (contenidos dentro o fuera de la solicitud).
Criterio de solución	La ley aplicable	Criterios flexibles
Atmósfera	Adversarial	Cooperativa
Orientación hacia el conflicto	Hacia la discusión del pasado.	Hacia la búsqueda de soluciones de futuro
Control del proceso	Vertical	horizontal

26

COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO (CONAMED)

Juan Luis González Carranca, afirma que nuestro país atraviesa por un momento crucial en su historia. En los años recientes, nuestra nación a transitado de la democracia formal a la real, en la cual la participación ciudadana en la cosa pública es creciente y la división de poderes ha dejado de ser sólo una aspiración plasmada en nuestra Ley Suprema para convertirse en práctica cotidiana.

No hay nada de que la institucionalización de los Métodos Alternos de Solución de Conflictos, sobre todo en el área de administración de justicia, será un elemento toral en el proceso de modernización que reclama el pueblo mexicano.

Existen instituciones especializadas que desempeñan la función de conciliadores en la Procuraduría Federal del Consumidor, Comisión Nacional Bancaria de Seguros y Fianzas, la Comisión Nacional Bancaria y de Valores, CONAMED, CONDUSEF en donde se han obtenido logros que evitarán que las partes diriman sus controversias en un proceso judicial.

Con la presencia de estos medios alternos, se reclama de capacitación exhaustiva a los conciliadores, para que su actividad goce de mayor calidad y confianza.²⁷

²⁶ L. F. Alarcón Flores, en *op. cit.*

²⁷ *Gaceta del Senado de la República*, núm. 50, año 2004, en <www.senado.gob.mx/gace2.php?sesion=2004/04/28/1documentos=19>. [Consulta: 28 agosto de 2008].

María Teresa Ambrosio Morales, afirma que: En la atención a la responsabilidad profesional del médico existen opciones no penales (soluciones no jurisdiccionales por instituciones de carácter administrativo como la CONAMED).²⁸

Esta Comisión, creada por decreto de 3 de junio de 1996, establece en los considerandos que es necesario que la población cuente con los mecanismos para la solución de conflictos a través de un órgano al que puedan acudir los usuarios y los prestadores de servicios médicos para dilucidar los posibles conflictos derivados de la prestación de dichos servicios y que dicha instancia garantice tanto a usuarios como prestadores de servicios médicos la imparcialidad y análisis dictamen y resolución de las controversias que conozca, para dicho fin. Ésta tiene entre sus atribuciones en términos del artículo 4º fracción VI del decreto que la crea intervenir en amigable composición para conciliar conflictos derivados de la prestación de servicios médicos por alguna de las causas que se mencionan.

Asimismo, el artículo 11 en su fracción X establece como facultades del comisionado llevar a cabo los procedimientos de conciliación y arbitraje a los cuales alude la fracción IV y V del artículo 4º del ordenamiento legal antes citado y la fracción XIII de dicho artículo 11 establece también como obligación del comisionado vigilar el cumplimiento de las resoluciones y de los convenios derivados de los procedimientos de conciliación y arbitraje.

A mayor abundamiento, el reglamento interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico establece en su artículo 3º que la comisión estará integrada con una estructura orgánica entre la que se encuentra la Subcomisión Jurídica de la Dirección General de Conciliación y, específicamente en el artículo 13 de dicho reglamento establece que corresponde a la Dirección General de Conciliación en su fracción II conocer, tramitar y pronunciarse en amigable composición cuando corresponda, procurar la avenencia entre las partes y la fracción IV establece conocer de los incidentes sin cuya resolución no fuere posible continuar el procedimiento. Lo anterior deja claro que tanto la ley como el reglamento de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico reconoce la existencia de la conciliación y por ende de su procedimiento, pero confunde el término de conciliación con amigable composición debiendo establecerse que la conciliación puede llevarse en forma de amigable composición o de estricto derecho, por tal motivo, en la práctica se realiza un procedimiento de conciliación con la intención de amigable composición, pero no se establece cuál será el procedimiento de conciliación y las etapas del mismo y por ende se deja en estado de indefensión a los usuarios que presentan

²⁸ María Teresa Ambrosio Morales *et al.* *La responsabilidad del médico como servidor público en México*, en <<http://www.bibliojuridica.org/libros/5/2499/27.pdf>>. [Consulta: 30 de septiembre de 2009, p. 513].

quejas y los prestadores de servicios médicos al no conocer y encontrarse reglamentada en la legislación como corresponde a todo Estado de derecho social y democrático generando incertidumbre jurídica.

Es necesario establecer que los medios alternativos de solución de conflictos o controversias deben garantizar requisitos de garantía y seguridad jurídica para las partes, toda vez que se realizan ante una instancia creada por el Estado y así generar una actuación democrática y que tenga como finalidad preservar los principios, ventajas y características de la conciliación. Históricamente como ha quedado establecido en el apartado de la reseña histórica de este trabajo, la conciliación ha sido reglamentada de diversa forma, generando un procedimiento garantista y con la apertura a la vez de cumplir con la finalidad de ésta por parte del conciliador al proponer diversas alternativas de solución a las partes involucradas en el conflicto.

CERTEZA JURÍDICA. CONCILIACIÓN EN LA CONAMED

Es necesario que los ciudadanos cuenten con un sistema jurídico que garantice la certeza jurídica de la aplicación de la ley y éstos conozcan los criterios básicos bajo los cuales se aplica; al respecto, se ha establecido por José Calvo González, que la noción de seguridad jurídica reúne dos dimensiones: la objetiva, relacionada con la regulación estructural y funcional del sistema jurídico y la subjetiva, o certeza jurídica, en esta última halla cabida la previsibilidad por el ciudadano de las consecuencias jurídicas de sus propias acciones.²⁹

Asimismo, la Presidencia de la República Mexicana, en relación con la certeza jurídica y el fomento de la cultura de la legalidad se ha manifestado en el sentido de que:

Resulta fundamental que el gobierno federal establezca estándares que permitan no sólo fomentar la certeza jurídica, sino hacer predecible la aplicación de la ley mediante estrategias que incidan en relación a la discrecionalidad de la autoridad administrativa y judicial, fortalezcan al Poder Judicial, incrementen la calidad del sistema de justicia y del ejercicio profesional de los abogados y en general eleven la confianza ciudadana en las instituciones y fomenten una cultura de la legalidad.³⁰

²⁹ José Calvo González, "Certeza jurídica e ignorancia del derecho. Mundo jurídico", en <[www.mundojuridico.adv.br/cgi-bin/upload/texto%201143\(2\).doc](http://www.mundojuridico.adv.br/cgi-bin/upload/texto%201143(2).doc)>. [Consulta: 30 de septiembre de 2009].

³⁰ "Plan Nacional de Desarrollo. Estado de Derecho y Seguridad", en <http://pnd.presidencia.gob.mx/pdf/Eje1_Estado_de_Derecho_y_Seguridad/1_1_Certeza_Juridica.pdf>. [Consulta: 30 de septiembre de 2009, p. 46].

Como puede observarse el desarrollo del Estado moderno se ha transformado para estar acorde a los nuevos requerimientos de la sociedad civil organizada y de diversos sectores económicos, políticos y sociales y [como lo afirma Núñez Jiménez] convirtiéndose el Estado en un instrumento de transformación y regulación social favoreciendo así la protección social de los individuos con equidad y justicia, legitimando de esta manera la intervención estatal en sectores claves del desarrollo social.³¹

Por tal motivo, es necesario en tiempos actuales contar con un sistema de procuración de impartición de justicia que mediante instituciones eficientes y leyes adecuadas generen certeza jurídica y contribuyan a la cultura de la legalidad para resolver controversias entre particulares; a mayor abundamiento y en relación a la CONAMED, Sergio García Ramírez ha dicho: “Su existencia debe ser vista como algo positivo tanto por los usuarios de los servicios médicos, que somos todos, como por el muy respetable gremio médico, que seguramente tiene como lo tiene la población en general interés en que mejore la calidad de estos servicios. Éste es el designio de la comisión, éste su propósito”.³²

No obstante, lo anterior en algunos medios prevalece la idea de que la CONAMED tiene carácter persecutorio. Esto debe ser rectificado ya que ése no es su propósito, no son ésas sus actividades ni es su proyecto como institución.³³

En sentido contrario, Ernesto Zedillo Ponce de León, en el año 2000, manifestaba refiriéndose a la CONAMED, lo siguiente: “No es una institución que persiga a la comunidad médica ni mucho menos busca su desprestigio, por el contrario, se esmera en profundizar sobre las causas generadoras de inconformidad para inducir acciones que fortalezcan la calidad de los servicios”.³⁴

En el mismo sentido pero refiriéndose a la solución no litigiosa de controversias médicas, Frenk Mora, expresaba: “Para obtener el reconocimiento social, la comisión debe fortalecer su quehacer a través de acciones que tenga como objetivos esenciales, instaurar una política preventiva del conflicto médico, y ante la aplicación del mismo obtener la solución no litigiosa de controversias”.³⁵

³¹ Fernando E. Núñez Jiménez, “La crisis del Estado moderno”, en *Ensayos Jurídicos, Revista Docente de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales*, Bolivia, UPSA, año 3. núm. 3, septiembre 2006, p. 11.

³² Sergio García Ramírez, CONAMED, Una Institución con Autoridad Moral. *Revistas CONAMED*, año 1, núm. 3, 1997.

³³ CONAMED *Modelo Mexicano de Arbitraje Médico*, en <<http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/10anos/capitulo4.pdf>>. [Consulta: 29 de septiembre de 2009, p. 157].

³⁴ Ernesto Zedillo Ponce de León, periódico *Novedades*, 23 de agosto de 2000.

³⁵ Julio Frenk Mora, Secretario de Salud, Programa de Acción: Consolidación del Arbitraje Médico, en *Modelo Mexicano de Arbitraje Médico*, en <<http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/10anos/>

De las anteriores aseveraciones podemos decir que queda clara la intención y función social de la CONAMED, nadie duda de la buena intención para uno de los sujetos que es la ciudadanía en relación a su asesoría respecto de los servicios médicos, pero es necesario establecer que la ley y el reglamento de la CONAMED, nos remite a la conciliación de los sujetos involucrados en el conflicto médico, esto es, al usuario de éste que es el paciente y al prestador de servicio que es el médico; por lo tanto, reviste gran importancia el garantizar los derechos de ambos sujetos durante la etapa de conciliación ante la CONAMED, en virtud de que en todo Estado de derecho deben garantizarse una serie de principios primordiales a los gobernados con la finalidad de preservar sus derechos y evitar como lo establece el Plan Nacional de Desarrollo: Un sistema jurídico con principios y planteamientos ambiguos o anacrónicos que derivan en situaciones como la discrecionalidad de funcionarios en la toma de decisiones o en procedimientos largos y complejos, impactando negativamente en los niveles de certeza jurídica; es decir, en la certidumbre de los ciudadanos de que las leyes se cumplan.³⁶

Por tal motivo: A efecto de promover la avenencia de las partes, la CONAMED realiza la audiencia de esta etapa conciliatoria en la que propone a los involucrados, después del análisis especializado del asunto motivo del trámite, presenten vías de arreglo, las cuales de ser aceptadas por las partes originan la suscripción de un instrumento (convenio o contrato de transacción, desistimiento de la acción o finiquito correspondiente), en el que se expresan las contraprestaciones que se pacten, con la sola limitación de que no deberán ser contrarios a derecho. La CONAMED da seguimiento al cumplimiento de los compromisos que asuman las partes en los instrumentos de transacción, si éstos se cumplen voluntariamente se archiva el expediente como asunto total y definitivamente concluido, en caso contrario, se brindará la orientación necesaria para su ejecución en los términos de ley.³⁷

Ante esta situación es necesario preguntarnos el riesgo que existe durante la conciliación ante la CONAMED, toda vez que la ley y el reglamento respectivo no disponen en forma adecuada cuáles serán las etapas de la audiencia de conciliación, por tal motivo, se genera una falta de certeza jurídica en los sujetos que hace valer sus pretensiones ante dicha institución; es importante resaltar que no debe confundirse la intención y función social que realiza esta Comisión con el respeto a los derechos y garantías de los sujetos involucrados en el conflicto médico, por tal motivo, es importante que se respeten durante la etapa de conciliación diversos principios que generan certeza jurídica y legalidad en la actuación de dicha

capitulo4.pdf>. [Consulta: 29 de septiembre de 2009, p. 157].

³⁶ *Plan Nacional de Desarrollo. Estado de Derecho y Seguridad*, p. 47.

³⁷ *CONAMED, Modelo Mexicano de Arbitraje Médico*, p. 106.

Comisión, en virtud de que al no encontrarse regimentadas las etapas de la conciliación y su procedimiento, se corre el riesgo de que durante esta etapa los criterios y el procedimiento quede a la discrecionalidad de los funcionarios que actúan en la misma, lo cual no puede permitirse; toda vez que la certidumbre de los ciudadanos de que las leyes se cumplan es a través del respeto de los principios de derecho que generan legalidad en los procesos y que inclusive están constitucionalmente tutelados como es el principio de legalidad, el principio de audiencia y defensa, el principio de debido proceso y el principio de petición. A mayor abundamiento, Iván Mora Rodríguez en relación al principio de audiencia y defensa ha dicho: Éste se conforma con una serie de contenidos o principios que actúan como garantes de la legalidad del proceso.³⁸

De lo anterior se desprende que es importante considerar diversos principios que el procedimiento de conciliación debe tener ante la citada Comisión puesto que de lo contrario se tiene el riesgo de que el mismo no se realice respetando los derechos de los sujetos involucrados, si bien es cierto como lo manifiesta Peña Sandoval: “La conciliación es flexible e informal pero eso no lleva al extremo de considerar que cada operador de la conciliación tiene un ordenamiento jurídico diferente, la norma jurídica es la misma y debería existir unidad de criterios al desarrollar procedimentalmente una conciliación”.³⁹

Asimismo, debe existir durante la conciliación el principio de igualdad, consistente en dar a cada parte la misma oportunidad de hacer valer sus derechos, ya que en un estado social y democrático de derecho que sostiene como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la igualdad y la justicia.⁴⁰

Son imprescindibles los principios que se han citado para generar seguridad y certeza jurídica en la etapa de conciliación ante la CONAMED, es necesario reconocer que en virtud de que el decreto que crea la CONAMED y su reglamento, no observan el procedimiento de conciliación, estamos en presencia de una situación contraria a derecho que crea un factor de inseguridad jurídica ante los sujetos del conflicto médico, esta misma situación se encuentra en la legislación correspondiente de algunos estados de la República Mexicana, si bien es cierto que el decreto que crea a la CONAMED en el artículo 11 fracción x, establece: Entre las facultades y obligaciones del comisionado

³⁸ Iván José Mora Rodríguez, “Ministerio de Energía, Industria y Comercio”, en *Boletín* núm. 4. 2009, en <<http://www.meic.go.cr/esp2/informacion/boletin/enero09/art8.html>>. [Consulta: 29 de septiembre de 2009].

³⁹ Harbey Peña Sandoval, en *op. cit.*

⁴⁰ Cámara Nacional de Comercio, “Arbitraje y Conciliación la solución Alternativa a problemas comerciales”, en *Boletín Informativo*, vol. 01, 2006, en <<http://www.arbitraje.bo/files/conci1.pdf>>. [Consulta: 30 de septiembre de 2009].

...llevar a cabo los procedimientos de conciliación y arbitraje a que se refiera la fracción IV y V del artículo 4 de este decreto y de conformidad con el reglamento que al efecto expida el consejo (Decreto que crea la CONAMED, publicado el día 03 de julio de 1996) y el reglamento interno de la CONAMED establece en el artículo 3 fracción VII que para el desarrollo y cumplimiento de las atribuciones de la comisión ésta contará con la Dirección General de Conciliación y en el artículo 13 fracción I, II, V y VI establecen que corresponde a esta Dirección, programar y operar la atención de quejas en etapa conciliatoria, realizare las diligencias para mejor proveer para el mejor conocimiento de los hechos.⁴¹

Sin embargo, la realidad es que estos dos ordenamientos legales no establecen cuáles son las etapas de la conciliación y cómo se reglamenta ésta a fin de que los conciliadores cumplan con los procedimientos relativos a la conciliación y, no se deje el desahogo del procedimiento conciliatorio a la discrecionalidad y buena fe del conciliador.

Es necesario resaltar que derivado del decreto que crea la CONAMED en la actualidad, los estados de la República han dictado la ley correspondiente para la creación de la Comisión de Arbitraje Médico o bien dentro de la ley estatal de salud se encuentra la sección respectiva a la reglamentación de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado correspondiente. En el primer caso nos encontramos con el estado de Puebla, que por Decreto del 27 de diciembre de 1999, se crea la Comisión Estatal de Arbitraje Médico como Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud Pública del estado de Puebla, la cual siguiendo el mismo esquema del decreto de creación de la CONAMED establece en su artículo 4 fracción IV que la Comisión tendrá las siguientes atribuciones: Intervenir en la amigable composición para conciliar conflictos derivados de la prestación de servicios médicos; en su artículo 11 fracción VIII entre las facultades del comisionado encontramos: someter a la aprobación del Consejo el reglamento de procedimientos.⁴²

El reglamento interno de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico del estado de Puebla (CESAMED) en su artículo 3 establece como competencia de éste conocer y conciliar las controversias entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios; a mayor abundamiento, el artículo 20 de dicho reglamento establece entre las facultades del subcomisionado jurídico: sustanciar los procedimientos de conciliación y arbitraje, así como, en el artículo 30 fracción VI

⁴¹ Decreto que crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), en <http://www.conamed.gob.mx/transparencia/pdf/decreto_comision.pdf>. [Consulta: 29 de septiembre de 2009].

⁴² Decreto que crea la Comisión Estatal de Arbitraje Médico del Estado de Puebla. (CESAMED), en <www.compilacion.ordenjuridico.gob.mx/obtenerdoc.php?../PUEBLA/>. [Consulta: 29 de septiembre de 2009].

que establece que le corresponde a la Unidad de Conciliación sustanciar los procedimientos de conciliación. Es importante resaltar que tanto en la ley que crea la referida Comisión en el estado de Puebla y en el reglamento correspondiente no se establece cuáles serán las etapas y cómo se deberá realizar el procedimiento de conciliación. De igual manera sucede en el estado de Jalisco, en el cual por medio de la Ley Estatal de Salud de dicho estado, específicamente el artículo 91 sección 2ª, relativa a la Comisión de Arbitraje Médico del estado de Jalisco establece, que la comisión de arbitraje médico de Jalisco, tendrá las siguientes atribuciones: fracción v, inciso b), la Comisión podrá formular propuestas de conciliación de manera que busque la solución pronta del conflicto planteado en beneficio de las partes.⁴³

A mayor abundamiento el reglamento interior del arbitraje médico del estado de Jalisco, aprobado en sesión ordinaria del 17 de mayo del 2001 establece en el artículo 21 fracción II que el Departamento de Conciliación tendrá facultades para investigar los hechos presumiblemente atribuidos a los prestadores de servicios médicos en los términos de las quejas presentadas. Al igual que la legislación del estado de Puebla y la legislación aplicable a la CONAMED son leyes que no contemplan cuál es el procedimiento de conciliación al cual deberán sujetarse las partes; por tal motivo, se deja en completo estado de indefensión a los sujetos del conflicto médico, toda vez que no existe la garantía de audiencia debidamente establecida y reglamentada.

Es importante resaltar al contrario de la situación antes descrita en la legislación de la CONAMED y en los dos estados antes citados, no sucede de igual manera en el estado de Coahuila; toda vez, que la Ley de Conciliación y Arbitraje Médico para dicho estado, publicada en el Periódico Oficial del Estado del día 9 de julio de 2004, establece en el artículo 2; una serie de definiciones y entre ello lo siguiente: Conciliación, es el procedido que habrá de seguirse para el arreglo de las controversias que se susciten entre los usuarios y un prestador de servicios médicos oyendo la propuesta que formule la comisión; el artículo 4 en sus diversas fracciones establece las bases de todo procedimiento, en el cual se cita como una característica propia de la conciliación en su fracción II que los trámites serán sencillos eficaces y ágiles y es de resaltar la redacción contenida en la fracción IV de dicho numeral que dice: Se deberán observar los principios de audiencia e igualdad de las partes por lo que la Comisión velará porque se cumpla así en todo procedi-

⁴³ *Reglamento Interno de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico del Estado de Puebla*, en <www.compilacion.ordenjuridico.gob.mx/obtenerdoc.php?.../ESTADO/PUEBLA/>. [Consulta: 29 de septiembre de 2009].

miento dictando las medidas que para tal efecto resulten necesarias. Asimismo, la fracción IX establece las reglas respecto de las pruebas:

IX. Respecto de las pruebas se aplicarán las reglas siguientes:

1. Recibida la contestación, dentro de los dos días hábiles siguientes a esa recepción se dará vista a las partes hasta por un plazo común de cinco días hábiles, para que dentro de dicho plazo, ofrezcan sus pruebas.

2. Las partes podrán ofrecer y, serán admisibles, todas aquellas pruebas susceptibles de producir convicción, con excepción de los interrogatorios entre las partes con fines confesionales, así como aquellas que fueren contrarias al derecho y/o la moral.

3. Las pruebas deberán ofrecerse expresando claramente el hecho o hechos que se trata de demostrar con las mismas, así como las razones por las que se ofrecen.

4. La Comisión podrá determinar a título de pruebas para mejor proveer, el desahogo de los peritajes que estime necesarios y que deberán realizarse por médicos certificados que acrediten la especialidad de la materia a dictaminar. Cuando se trate del examen del paciente, la oposición injustificada del mismo hará tener por ciertas las manifestaciones de la parte contraria.

5. Sólo los hechos estarán sujetos a prueba. La valoración de las pruebas considerará la procedencia de las apreciaciones de las partes, bajo el sistema de libre apreciación, sana crítica y lógica, en los términos que prevea esta ley.

6. El Comisionado llevará a cabo racionalmente, de acuerdo con los principios de la lógica y las máximas de la experiencia, el análisis y la valoración de cada una de las pruebas presentadas y de su conjunto.

La valoración de las pruebas contradictorias se hará confrontándolas a efecto de que, por el enlace interior de las rendidas, las presunciones y los indicios formen convicción que el Comisionado deberá fundar cuidadosamente en la resolución que emita.

En casos dudosos, el Comisionado podrá deducir argumentos de prueba de la resistencia injustificada para exhibir documentos o a permitir inspecciones que se hayan ordenado y, en general, del comportamiento de las partes durante el proceso.

Los fundamentos y motivos de toda valoración deberán precisarse en las resoluciones correspondientes.

X. La resolución de conflictos se dará conforme a derecho. Se dictará a verdad sabida y buena fe guardada, apreciando los hechos en conciencia y expresando los motivos y fundamentos en que se apoye.⁴⁴

A mayor abundamiento la sección segunda relativa a la conciliación establece en su artículo 11 las reglas para dicha etapa una vez presentada la queja ante la comisión y en la fracción III establece que se citará al prestador de servicios médicos para que presente su contestación y acuda a la audiencia de conciliación para hacer valer sus derechos; a mayor abundamiento la fracción VI de dicho numeral establece que en caso de resultar necesario para el buen desarrollo de la conciliación se desahogarán las pruebas que resulten necesarias y la fracción XI establece que de toda audiencia en esta etapa de conciliación se levantará acta circunstanciada, asentando el desarrollo de la misma.

Como puede observarse, la legislación de Coahuila en materia de conciliación y arbitraje médico establece principios de audiencia e igualdad de las partes como una forma de garantizar el desarrollo de los procedimientos ante ésta, generando como consecuencia seguridad y certeza jurídica entre los sujetos del conflicto médico, toda vez que reglamenta cómo se deberá llevar a cabo la etapa de conciliación y permitiendo el desahogo de pruebas; realizarlo de otra manera, sin que las partes en controversia tengan garantizado en la legislación aplicable al conflicto médico, genera incertidumbre y falta de certeza jurídica, toda vez que se está a la subjetividad y arbitrariedad del conciliador y en ocasiones se corre el riesgo de ser parcial, tampoco debe aceptarse que el procedimiento de conciliación esté reglamentado en un manual administrativo interno de dichas comisiones, ya que la garantía de legalidad y seguridad jurídica permite a los gobernados la seguridad del debido proceso ajustando la actuación del conciliador al procedimiento establecido en el ordenamiento legal en materia. Por lo tanto, si la ley que crea la CONAMED y su reglamento no contiene disposiciones expresas de las etapas y del procedimiento de conciliación nos encontramos ante una falta de certeza jurídica en el procedimiento de conciliación generando incertidumbre jurídica y falta de seguridad jurídica para las partes en conflicto, ocasionado violación del principio de igualdad de las partes y del principio de audiencia, así como de la garantía del debido proceso y de las formalidades de éste.

No debe confundirse el carácter flexible y no formalista de la institución conocida como conciliación, específicamente como un medio alternativo de solución de controversias con el mínimo de principios de derecho y garantías que deben res-

⁴⁴ *Ley de Conciliación y Arbitraje Médico para el Estado de Coahuila*, en <www.coccam.gob.mx/modulo3.php?opcion=1>. [Consulta: 29 de septiembre de 2009].

petarse en los procedimientos a los cuales son citadas las partes en un conflicto de carácter médico.

ESTADÍSTICAS

De junio de 1996 a diciembre de 2007 se ha recibido en CONAMED un total de 182 407 asuntos; de ellos, 159 097 (87.22%) fueron resueltos en el Área de Conciliación, mediante formación, orientación y gestiones, ante los médicos y las instituciones, 4 867 correspondieron a dictámenes (2.67%) restando 18 443 asuntos no resueltos en este primer nivel, que fueron turnadas al Área de Conciliación (cuadro 1)

Cuadro 1. *Quejas presentadas ante la CONAMED y modalidad de resolución, 1996-2007*

No. de quejas	Quejas	Por ciento
182 407	Asuntos presentados ante CONAMED	100.00
159 097	Asuntos resueltos en el Área de Orientación	87.22
4 867	Dictámenes	2.67
18 443	Quejas presentadas al Área de Conciliación	10.11

Fuente: *Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional*

Del total de 18 443 quejas (100%) que fueron transferidas al Área de Conciliación, en 8 820 (47.82%) se logró la solución por conciliación entre las partes, auspiciada por CONAMED, en tanto que en el resto, 5 695 (30.88%), no se logró este propósito. En 1 991 (10.80%) quejas el asunto se dio por concluido, por abandono por falta de interés procesal por parte del promovente de la queja y 540 quejas se declararon irresolubles. Únicamente 433 (2.35%) fueron referidas al Área de arbitraje, habiéndose emitido el adeudo correspondiente en 100% de los casos (cuadro 2).

Cuadro 2. *Quejas turnadas a conciliación y modalidad de resolución, 1996-2007*

Número de quejas	Quejas	Por ciento
18 443	Quejas turnadas al área de Conciliación	100.00
8 820	Quejas conciliadas	47.82
5 695	Quejas no conciliadas	30.88
1 991	Quejas concluidas por falta de interés procesal	10.80
540	Quejas irresolubles	2.93
433	Quejas referidas a Arbitraje	2.35
964	Otras	5.35

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional

Federal 10 630 (57.6%), mismas que unidas a las correspondientes al Estado de México 2 232 (12.10%), integran casi 70% del total.

El resto de los estados presentan quejas con muy poca frecuencia ante CONAMED, probablemente por haberlas presentado y resuelto en su estado de origen. La cercanía geográfica del Estado de México con el Distrito Federal, facilita su presentación en las oficinas centrales.

Cuadro 3. *Clasificación de las quejas por entidad de ubicación de la unidad médica*

Entidad	Número de casos	Por ciento
Distrito Federal	10 630	57.64
Estado de México	2 232	12.10
Otros estados	5 581	30.26
Total	18 443	100.00

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

La institución que generó el mayor número de quejas ante CONAMED fue el IMSS, encontrándose a continuación los servicios médicos privados y el ISSSTE. Se puede considerar que existen dos factores que contribuyen a esta información, por una

parte, el número significativamente mayor de atenciones que se otorgan en el IMSS y por otra parte, al igual que en el ISSSTE y en los servicios médicos privados, porque se trata de personas con un empleo formal, con un nivel sociocultural mayor, que los ubica en condiciones de manifestar sus inconformidades, mediante una queja (cuadro 4).

Cuadro 4. Frecuencia de las quejas por institución

Institución	Número de casos	Porcentaje
IMSS	9 302	50.44
Servicios médicos privados	5 759	5.80
ISSSTE	2 841	15.40
Hospitales federales de la Secretaría de Salud	536	2.91
Gobierno del Distrito Federal	229	1.24
Otros	776	4.21
Total	18 443	

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.⁴⁵

A mayor abundamiento las estadísticas presentadas por parte de CONAMED en relación a la conciliación establecen la importancia de la misma y como medio adecuado para la resolución de conflictos en el sector salud a través de dicha institución por tal motivo la ciudadanía debe contar con procedimientos claros establecidos para generar certeza jurídica en el proceso de conciliación.

Por lo tanto, es importante establecer el procedimiento de conciliación en el que se establezca la admisión de solicitud, acuerdo de radicación, requisitos de elaboración de cédulas de notificación, actuación de la institución durante la audiencia conciliatoria, recepción de la contestación de la queja, recepción y desahogo de pruebas que fueran necesarias y las propuestas del conciliador en su caso el convenio o su no aceptación, el reglamentar el procedimiento de conciliación permitirá certeza jurídica a los usuarios y a los prestadores de servicios médicos, como consecuencia de lo anterior la propuesta es adicionar la legislación correspondiente incluyendo las etapas del procedimiento de conciliación.

⁴⁵ Héctor Aguirre Gas, "Análisis crítico de quejas CONAMED 1996-2007", en *Revista CONAMED*, vol. 13, abril-junio 2008.

CONCLUSIONES

1. La conciliación es un medio alternativo de solución de controversias.
2. La conciliación y la amigable composición es entendida de diversa manera de acuerdo a la legislación del país en que se suscite.
3. El decreto de creación y reglamento de la comisión nacional de arbitraje médico reconocen el procedimiento de conciliación para dirimir controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos.
4. Al no encontrarse reglamentado en la ley de la CONAMED y su reglamento, el procedimiento de conciliación se deja a la discrecionalidad del funcionario la actuación de la CONAMED violándose los principios de petición, legalidad, audiencia, debido proceso, igualdad de las partes, generando falta de certeza jurídica e inseguridad procedimental a los sujetos involucrados en el conflicto médico.
5. Se propone reglamentar el procedimiento de conciliación en la Ley de la CONAMED generando certeza jurídica entre usuarios y prestadores de servicios médicos.

LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Óscar Javier Ápaez Pineda*

INTRODUCCIÓN

La evolución histórica de las sociedades humanas nos ha demostrado que para su progreso y desarrollo, existen rubros esenciales que no pueden dejar de atenderse. El Estado como tal, tiene más que claro que las necesidades primordiales de una sociedad lo son el sector educativo, el económico y el de la salud, aunque no en ese orden.

Cada país ha desarrollado, con base a su historia y circunstancia, mecanismos para alcanzar el progreso y desarrollo de la salud. Los conflictos relativos al desarrollo de este sector han hecho necesaria la presencia de la ciencia del derecho con el fin de garantizar a los miembros de la sociedad el acceso y la tutela de su derecho a la salud; además del establecimiento de un marco jurídico que regula el funcionamiento de los organismos e instituciones encargados de prestar los servicios relativos.

Los Estados han creado a lo largo de su historia órganos jurisdiccionales encargados de hacer valer los derechos de sus ciudadanos, sin embargo, la función de impartir justicia no ha sido privativa de éstos; encontrándonos así con métodos de solución a conflictos cuyo ejercicio recae en los ciudadanos, mismos que tienen viejas raíces en la historia del derecho. Desde los antiguos romanos, se encuentra el sistema de los *iudex*, simples particulares, árbitros o jueces populares,

* Abogado postulante.

que con el poder derivado de los *officium*,¹ se comprometían a fallar de acuerdo con el derecho positivo el conflicto presentado ante ellos.²

Actualmente, nuestra Constitución Política establece que ninguna persona puede hacerse justicia por sí misma, ni ejercer violencia para reclamar sus derechos, precisando para ello, la instauración de tribunales que deben de ejercer justicia de acuerdo a lo establecido por la Ley. Sin embargo, es conveniente señalar que toda controversia o litigio se puede solucionar haciendo uso de los medios autocompositivos (negociación, mediación, transacción y conciliación) o heterocompositivos (Procesos Jurisdiccionales y Jurisdicción Arbitral).³

En la mayoría de los Estados contemporáneos, los procedimientos heterocompositivos predominan como el medio adecuado para la solución de conflictos en materia de prestación de servicios de salud, específicamente la Jurisdicción Arbitral, que se ha convertido en un mecanismo que ofrece grandes ventajas en sociedades con alto desarrollo cultural, debido a que otorga especialización y celeridad a los asuntos, además de que contribuye a la descarga de trabajo de los órganos jurisdiccionales.

Como ejemplo encontramos que en el Reino Unido, el *ombudsman* de la salud investiga las quejas contra los servicios de salud, y aunque primero deben pasar por las propias instituciones de salud, el *ombudsman* se contempla como última instancia de resolución de los conflictos. Además de ello, se tiene la posibilidad de contratar un autoseguro de hospital o membresía para pagar los costos que puede ocasionar reparar el daño.

Por su parte, en Suecia se instauró la Comisión de Responsabilidades de la Asistencia Médica, organismo que se encarga de imponer las medidas disciplinarias en materia de salud, teniendo así que si algún usuario expone un daño derivado de una atención médica, las instituciones de salud deben reparar dicho daño y contar para ello con un fondo o presupuesto para atender dichos conflictos.

En España, existe el Tribunal de Arbitraje Médico, que resuelve en menos de seis meses los conflictos, es de jurisdicción voluntaria y sus resoluciones culminan con la declaración de un laudo.

Colombia cuenta con el Tribunal de Ética Médica, quien es el encargado de sancionar el ejercicio de los médicos, además de evaluarlos y fomentar la relación médico-paciente.

¹ Juramento que se hacía al momento de ser nombrados.

² Juan Iglesias, *Derecho Romano. Instituciones e Historia*, 11ª ed., Barcelona, Ariel, 1988, pp. 187-202.

³ Alcalá-Zamora y N. Castilla, *Proceso, autocomposición y autodefensa*, México, UNAM, 1970, p. 17.

En Perú se constituyó la Superintendencia para las entidades prestadoras de salud, que son las que autorizan y reglamentan a las entidades prestadoras de salud y establecen mecanismos de arbitraje entre pacientes y prestadoras de salud, además cuentan con la facultad de imponer sanciones a los médicos.

En nuestro país, de conformidad con la legislación de los Seguros Sociales, encontramos que en el sector público, los Institutos de Seguridad Social (IMSS, ISSSTE e ISSFAM) cuentan con mecanismos propios para hacer valer los derechos de sus afiliados, incluyendo la prestación de los servicios médicos. Por otra parte, de conformidad con las leyes y políticas generales en materia de salud, se cuenta con una institución pública que ofrece medios alternativos para la solución de controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos públicos o privados; que además promueve la prestación de servicios de calidad y contribuye con la seguridad de los pacientes, dicha Institución es la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, conocida por sus siglas “CONAMED”.

ANTECEDENTES

En la historia del referente jurídico directo de los países latinoamericanos, es decir el derecho español, se han tenido diferentes autoridades y organismos encargados de la tutela de la protección de la salud. Uno de los antecedentes más remotos es precisamente el encargo que hizo el rey Juan II a su médico particular de vigilar la profesión médica y sancionar a los médicos que incurrieran en negligencia. En la época de los reyes católicos, se nombraron “protomédicos” que se encargaron de determinar quién ejercía la medicina y vigilaban la práctica de la profesión.

El “protomedicato”, constituido por profesionales de la medicina, contó con facultades muy amplias, llegando a ser reconocido como un auténtico “tribunal de justicia”⁴ cuya misión era velar por los intereses de la profesión médica y de las disciplinas de la salud, así como vigilar su desempeño y desenvolvimiento.

En nuestro país, son pocas las referencias históricas que pueden considerarse como fuentes formales de lo que hoy es la CONAMED, teniendo así que durante la época Colonial encontramos también el fuero del protomedicato, el cual se dedicó a proteger a quienes ejercían las actividades relativas a la salud. A pesar de ello, el protomedicato en México sufrió de serias dificultades para su ejercicio.

⁴ Jhon Tate Lanning, *El Real protomedicato. La reglamentación de la profesión médica en el Imperio Español*, trad. Miriam de los Ángeles Díaz Córdoba y José Luis Soberanes Fernández, México, Facultad de Medicina UNAM-Instituto de Investigaciones Jurídicas (IIJ), 1997, p. 93.

De conformidad con Jhon Tate Lanning,⁵ el virrey Marqués de Villamanrique desde España mandó un protomédico, sin embargo, el ayuntamiento de México no lo aceptó, toda vez que éste tenía la facultad de nombrar al protomédico y no España. Con Cristóbal Colón llegó a México un médico de nombre Pedro López, designado protomédico por la Corona en España, este personaje pretendió ejercer su profesión, sin embargo, el ayuntamiento no lo aceptó porque el nombramiento era anterior a la Conquista. A pesar de esta situación, se puede considerar que este personaje fue el primero que ostentó el papel de protomédico en México. Poco después el virrey de Monterrey también nombró desde España a otro protomédico para desempeñarse en México, pero hubo tantos problemas que se acabó el protomedicato en México. Durante su corto periodo de existencia el protomedicato protegía a los que ejercían las actividades relacionadas con la salud, haciendo una división entre los profesionales (médicos, parteras y farmacéuticos) y los oficios relacionados con la salud (dentistas y barberos). El Tribunal del Protomedicato examinaba las categorías de profesionales y otorgaba las patentes para ejercer; además de que conocía de los conflictos derivados del ejercicio de la función de protección de la salud y el cobro de honorarios.

Durante la consumación de la Independencia, las controversias en materia de prestación de los servicios de salud adquirieron el carácter de mercantiles y se ajustaron a lo establecido por las Ordenanzas de Bilbao, señalándose que debían resolverse por los jueces de primera instancia.⁶ No es sino hasta principios del siglo xx, con el triunfo de la Revolución Mexicana, cuando el derecho a la protección de la salud alcanzaría el rango constitucional y quedaría enmarcado dentro de los denominados derechos sociales.

LA INSTAURACIÓN DE LA CONAMED

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el marco legal de la protección de la salud en su artículo 4º que a la letra nos dice: “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”. El artículo 123, contiene diversas fracciones que buscan la protección de la salud de los trabajadores, así como el fundamento de los Seguros Sociales. Por su parte, el marco jurídico y administrativo del Sector Salud lo encontramos principalmente en la Ley General de Salud y funciona principalmente a través de las secretarías de Salud y Desarrollo Social. De conformidad con el doctor Sergio García Ramírez:

⁵ *Idem.*

⁶ Roberto Mantilla Molina, *Derecho mercantil*, 22ª ed., México, Porrúa, 1993, p. 14.

El concepto del Sistema Nacional de Salud confiere plenitud y coherencia a las acciones sobre la salud de los habitantes de la república; y sugiere que el derecho a la protección de aquélla –un derecho humano consignado en la parte dogmática de la Constitución– tiene como obligados a quienes por cualquier motivo están en situación de atender institucional o profesionalmente la salud de los particulares.⁷

En México, la práctica de las políticas en materia de atención a la salud tiene como objetivo principal el proporcionar servicios equitativos, eficientes y de calidad. Este objetivo ha sido pregonado por el Estado Mexicano desde la década de los 70 mediante sus planes sexenales del sector salud, manteniendo hasta la fecha, dentro de sus propósitos principales, el elevar la calidad de los servicios. La mencionada calidad ha tenido significativa relevancia, desde hace más de 30 años, aunque en las últimas dos décadas con la incursión del reconocimiento social del derecho a la salud; los avances tecnológicos en la ciencia médica; la preocupación originada por los costos de los servicios y a la participación de una sociedad mejor informada; la inquietud por la calidad de los servicios hizo evidente la necesidad por parte del Estado de otorgar más garantías en materia de prestaciones de servicios de salud.

A principios de la década de los 90, los particulares que se sentían afectados por actuaciones médicas, acudían a la Comisión Nacional de Derechos Humanos en busca de una tutela de sus derechos. Ante el creciente número de personas que presentaban ante tal organismo sus quejas relativas al sector salud, se comenzó a plantear la necesidad de contar con un organismo especializado para la resolución de esos conflictos.

Dentro del marco de la reforma del sector salud emprendida en 1995 se contempló la necesidad mencionada, destacando la idea de instaurar un organismo encargado de la tutela del derecho a la protección de la salud. Para cumplir con este propósito, se creó mediante decreto presidencial de fecha 3 de junio de 1996, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Este organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía propia, tiene desde su instauración la misión de contribuir a tutelar el derecho de protección a la salud y mejora de los servicios médicos, mediante la resolución de conflictos entre usuarios y prestadores de servicios de salud. El ejercicio de sus facultades se sustenta en los principios de imparcialidad, equidad y buena fe, además de que cuenta con autonomía técnica para recibir quejas, investigar las presuntas irregularidades o negativas en la prestación de servicios médicos y emitir opiniones técnicas, convenios o acuerdos, laudos y dictámenes. El ejercicio de la Comisión se fundamenta, además del mencio-

⁷ Sergio García Ramírez, *La responsabilidad penal del médico*, México, Porrúa, 2001, p. 63.

nado Decreto que la crea, en el Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y el Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

ATRIBUCIONES

De acuerdo con el Decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* de fecha 3 de junio de 1996, mediante el cual se creó la CONAMED, se establecen como atribuciones principales las siguientes:

- a) Brindar asesoría e informar a los usuarios y prestadores de servicios médicos acerca de sus derechos y obligaciones.
- b) Intervenir en amigable composición para conciliar conflictos derivados de la prestación de servicios médicos.
- c) Fungir como árbitro y pronunciar los laudos que correspondan cuando las partes se sometan expresamente al arbitraje.
- d) Elaborar los dictámenes o peritajes médicos que le sean solicitados por las autoridades encargadas de procuración e impartición de justicia.
- e) Emitir opiniones técnicas sobre las quejas, tanto en lo particular como en lo general.
- f) Intervenir de oficio en cualquier otra cuestión que se considere de interés general.
- g) Asesorar a los gobiernos de los estados de la República para la constitución de instituciones análogas a la CONAMED.

Conforme a lo anterior, las funciones de la CONAMED relativas a la prestación de servicios de salud se pueden concretar en las siguientes:

- a) Asesorar a los usuarios y prestadores de servicios médicos, sobre todo tipo de asuntos vinculados a la atención médica.
- b) Gestionar atención médica en aquellos casos en los cuales, por la naturaleza de la petición y el estado de salud del paciente, se requiere la intervención de los prestadores de servicios médicos, ya sea públicos o privados, con el fin de salvaguardar su estado de salud.
- c) Atender, investigar y resolver las inconformidades que presentan los pacientes o sus familiares, por posibles actos de negligencia o impericia que hayan ocasionado un daño a la salud, en la atención que se brinda en el ámbito privado como en el público.
- d) Intervenir de oficio en asuntos de interés general, elaborando opiniones técnicas.
- e) Emitir recomendaciones basadas en el conocimiento probado y dirigidas al gremio médico, con el propósito último de prevenir los actos de mala práctica y contribuir a elevar la calidad de los servicios médicos.

- f) Elaborar, por petición de la autoridad, dictámenes médicos de carácter institucional, cuya finalidad es ilustrar a las autoridades de procuración y administración de justicia, así como a los órganos de control interno de las instituciones prestadoras de servicios médicos, respecto de las particularidades del acto médico en aquellos casos en que se presume una mala práctica de parte del equipo de salud.

ORGANIZACIÓN

La CONAMED, se encuentra integrada por un Consejo que es la máxima autoridad, un Comisionado Nacional, una Subcomisión Nacional “A” y la Subcomisión Nacional “B”.

El Consejo se conforma por 10 personajes de reconocido prestigio, ético y profesional. En la práctica se compone de:

1. Dos representantes de académicos de la medicina mexicana:
 - a) El Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía y; b) el Presidente de la Academia Nacional de Medicina, además de;
2. Ocho representantes de la sociedad que son nombrados por el Presidente de la República.

Los miembros de este Consejo tienen como deber principal el vigilar que las políticas de la Comisión se apeguen a lo establecido en su Decreto de Creación.

El Comisionado Nacional es nombrado por el Ejecutivo Federal. A su cargo tiene a las Direcciones Generales de Administración e Innovación y Calidad, cuya función es la de apoyar la cultura de calidad dentro de la institución.

De la Subcomisión Nacional “A” dependen tres Direcciones Generales: 1) Orientación y Gestión, 2) Conciliación y 3) Arbitraje, que son las direcciones sustantivas de la Comisión.

En la Subcomisión Nacional “B” se encuentran tres Direcciones Generales: 1) La de Promoción y Difusión, 2) De Asuntos Jurídicos y Apoyo Legal, y 3) Enseñanza e Investigación, que funcionan como direcciones de apoyo de la Comisión.

NATURALEZA JURÍDICA

Como ya se señaló, el objetivo principal de la CONAMED es contribuir a resolver los conflictos suscitados entre pacientes y profesionales de la salud en el ámbito público o privado mediante la orientación, conciliación y el arbitraje médico. Así pues, de la lectura de sus atribuciones se puede apreciar que la Comisión no tiene

un carácter de autoridad, sino que es un cuerpo que actúa a petición de las partes o en su carácter de *ombudsman*.

La Comisión también tiene la facultad de actuar como amigable componedor o árbitro. En el ejercicio de sus atribuciones, la Comisión propone a las partes cómo se puede resolver un conflicto, éstas, si aceptan firman un contrato, un convenio de transacción y así ellas son quienes deciden, con base en una propuesta de la propia Comisión, la manera en la cual solucionarán su conflicto, a este método de solución se le denomina amigable composición.

Por otra parte, la Comisión puede ser árbitro en estricto derecho y en conciencia,⁸ cuando las partes voluntariamente aceptan que la CONAMED, sea la que decida el fondo del asunto.

Debido a la naturaleza de las funciones de la CONAMED, es importante destacar que por medio del proceso arbitral, la Comisión administra e imparte justicia; sin la pretensión de sustituir a las autoridades jurisdiccionales encargadas de tal función.

La presentación de quejas ante la CONAMED contribuye a disminuir las cargas de trabajo de los diferentes Seguros Sociales, así como del Poder Judicial, fomentándose una cultura de solución no litigiosa de conflictos entre médico y paciente, pues por las características del acto médico,⁹ es preciso que las diferencias se resuelvan en instancias especializadas, basadas en la ciencia médica, la ética y la normatividad aplicable.

EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES

La CONAMED brinda sus servicios a la población en su conjunto, de tal manera que recibe inconformidades de pacientes o sus familiares, tanto en contra de prestadores de servicios privados como públicos.

En materia de gestión, información y asesoría, los asuntos se presentan ante la CONAMED bajo tres formas: de manera personal, por la vía telefónica y por correspondencia. La Comisión promueve la atención oportuna y eficiente; además de una orientación apropiada al paciente a través de la recepción de las quejas por un equipo que se conforma de médicos y abogados. Un ejemplo de esta fun-

⁸ "Estricto derecho" significa que se lleva a cabo el procedimiento para el arreglo de una controversia, según las reglas del derecho, atendiendo a los puntos debidamente probados por las partes; por su parte en "conciencia" significa que se resuelve la controversia en equidad, bastando ponderar el cumplimiento de los principios científicos y éticos de la práctica médica.

⁹ Fundamentado en principios de autonomía, beneficencia y justicia.

ción lo encontramos en los casos en los cuales por cuestiones de saturación de los servicios, algún instituto no puede llevar a cabo de manera pronta un estudio que se considere urgente y necesario para un paciente, verbigracia; tomografías cerebrales para descartar tumores cerebrales, en estos casos la Comisión gestiona ante el director de la institución para que se agilice el trámite de dicho estudio y se pueda prevenir un daño en el paciente debido a la demora en la realización del estudio y un posible conflicto posterior.

En lo que corresponde a la emisión de dictámenes periciales, la CONAMED realiza esta función en apoyo de las autoridades de procuración y administración de justicia, ya sea del ámbito estatal como del federal, y la Secretaría de la Función Pública por conducto de sus órganos de control interno en las instituciones públicas prestadoras de servicios médicos.

La CONAMED recibe para su atención un promedio de 23 000¹⁰ asuntos anualmente, que se atienden por las siguientes modalidades: orientación, asesoría especializada, gestiones inmediatas, convenios de conciliación, laudos o a través de la emisión de dictámenes médico periciales.

LA SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Los seguros sociales: IMSS e ISSSTE,¹¹ son las instituciones públicas sobre las que se presentan más quejas ante la CONAMED. Sin lugar a dudas, en cualquier servicio que presta cualquier institución de salud pública o privada se pueden presentar deficiencias debido a diversos factores, resaltándose en el sector público la carga de trabajo y los aspectos presupuestales.

Cuando las deficiencias en la prestación de servicios hacen presuponer un daño, se puede solicitar a la Comisión que intervenga y abra un expediente de queja, con el propósito de atenderla, para lo cual será necesario que la CONAMED le informe al prestador del servicio de las pretensiones del demandante, a efecto de celebrar con posterioridad, una audiencia con fines conciliatorios, siempre y cuando el prestador del servicio acepte someterse al proceso de arbitraje médico, pues uno de los requisitos para desahogar la queja es que ambas partes acepten voluntariamente la intervención de la CONAMED.

Debido a que el arbitraje médico es de naturaleza civil, la CONAMED dará curso a una queja si la inconformidad no se ha planteado ante un juez, salvo que ambas

¹⁰ CONAMED en <<http://www.conamed.gob.mx/index.php>>. [Consulta: 14 de octubre 2008].

¹¹ Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

partes (institución y paciente) estén de acuerdo en renunciar al juicio ante las autoridades judiciales e iniciar el proceso arbitral en la CONAMED.

En este sentido, la Comisión, además de aplicar lo dispuesto por el Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas y Gestión Pericial de la CONAMED, toma en cuenta lo dispuesto en los acuerdos firmados con los Institutos de Seguridad Social y que se denominan “Bases de Coordinación”.¹² De acuerdo con éstas, las instituciones públicas aceptan los procedimientos ante la CONAMED.

En el caso de ISSSTE existe una excepción que indica que cuando se demanda la reparación del daño moral, es necesario que la demanda se presente ante los tribunales (Poder Judicial). En esos casos la Comisión orienta al demandante sobre las instancias en las cuales puede presentar su demanda.

Es importante señalar que el paciente o su representante legal son quienes eligen presentar su queja en la CONAMED o ante los institutos o prestadores del servicio de acuerdo a sus propios Reglamentos.¹³ Si optan por esta última opción, la Comisión puede intervenir a petición del derechohabiente, a efecto de que se realicen las acciones necesarias para su debida atención, independientemente de la resolución institucional que se dé. En el supuesto de que el paciente no esté conforme con la resolución, puede solicitar la intervención de la CONAMED y presentar su queja para ser atendida por medio del proceso arbitral.

No obstante lo anterior, debe quedar claro, que la CONAMED sólo interviene en asuntos en los que se presume mala práctica médica y no en otro tipo de casos no relacionados con servicios médicos. La CONAMED sólo puede atender asuntos relacionados con reclamos de carácter civil y no puede intervenir en cuestiones penales. La CONAMED tampoco puede intervenir en la emisión de los dictámenes médicos que se utilizan para el otorgamiento de una pensión o jubilación de un trabajador.

Como ya se mencionó, para dar inicio al proceso arbitral ante la CONAMED, es necesario que ambas partes estén de acuerdo en someter su controversia ante la Comisión. En el caso del IMSS, en términos de las Bases de Coordinación suscritas entre ambas instituciones el 12 de agosto de 2002, todas las quejas se someten a dicho proceso en forma simplificada, salvo las excepciones legales siguientes:

¹² En el caso del IMSS, se toman en cuenta las “Bases de Coordinación” firmadas con la CONAMED el 12 de agosto del año 2002. En el caso del ISSSTE se toman en cuenta las “Bases de Coordinación” firmadas el 1° de septiembre de 2006.

¹³ El IMSS dispone de un departamento de atención de quejas, en donde sus derechohabientes pueden presentar sus reclamaciones y su procedimiento consta de dos etapas debidamente reglamentadas: La queja y el recurso de inconformidad. Por su parte el ISSSTE cuenta con los recursos administrativos siguientes: reembolso por la prestación de servicios médicos extrainstitucionales y el recurso de reconsideración.

1. Cuando se haya presentado una denuncia penal ante el Ministerio Público.
2. Cuando se haya demandado al IMSS ante las autoridades judiciales (juzgados)
3. Cuando se haya demandado indemnización por daño moral. Lo anterior es así, en virtud de las disposiciones legales que regulan este tipo de procedimientos, y que atribuyen esas actividades al área jurídica del IMSS.

PROCESO ARBITRAL

A. Requisitos

Toda persona con capacidad de goce y ejercicio, tiene derecho a presentar una queja ante la Comisión, ya sea por propio derecho o a través de un representante o apoderado legal, siempre y cuando se cumplan los requisitos legales que requiere para cada una de las siguientes posibilidades:

1. Cuando se reclama indemnización

El derecho del demandante a solicitar la indemnización por la atención médica que reclama deficiente, deriva de haber sido él la persona directamente afectada, por lo cual puede ejercer su derecho de manera personal o mediante representante legal. En caso de hacerlo por propio derecho, quien presente la queja debe ser el paciente, quien así debe manifestarlo ante los servidores públicos de la CONAMED que lo atiendan, debiendo señalar, además, el daño que presuntamente le ocasionó la atención médica. En caso de que durante el procedimiento se decida nombrar un representante, se debe manifestar a la CONAMED por escrito, adjuntando el documento legal que lo acredite. Si la queja se presenta mediante representante legal, quien comparezca ante servidores públicos de la Comisión deberá demostrar que el paciente le ha otorgado facultades suficientes para promover la queja hasta su conclusión, lo cual puede acreditarse mediante carta poder o ante Notario Público.

El apoderado podrá acudir a todas las audiencias a que lo convoque la CONAMED y podrá asimismo aceptar o negar las propuestas que le haga el prestador del servicio para resolver la controversia en definitiva.

En el caso de los hijos, es necesario que los padres adjunten copia certificada del acta de nacimiento, así como identificaciones oficiales de ambos padres y suscribir la queja los dos.

2. En caso de reclamar indemnización por muerte del paciente

Cuando ha fallecido el paciente y se presume que fue a consecuencia de mala práctica médica, es necesario comprender que la capacidad jurídica termina con la muerte, a partir de lo cual, cualquier suma de dinero o derecho de la persona que ha fallecido debe integrarse a la llamada herencia, y sólo los herederos pueden disponer de ella. Por lo anterior, debe quedar claro que el monto de la indemnización, en caso de que se acredite mala práctica médica, formará parte de la herencia por lo cual, para reclamar la indemnización ante la CONAMED, quien presente la queja necesita acreditar ser el albacea de la sucesión, ya sea porque así lo dispuso la persona antes de morir en su testamento o porque ante la falta de testamento así lo haya dispuesto el juez.

La CONAMED en estos casos siempre solicitará al demandante que acredite ser el albacea de la sucesión y en caso de no poderlo demostrar en ese momento, se le otorgará un plazo de hasta 180 días naturales para que lo haga.

3. En caso de reclamar reembolso de gastos

Una queja de este tipo (por reintegro de gastos por propio derecho), sólo podrá iniciarla quien tenga las facturas y recibos de honorarios a su nombre.

B. Procedimiento

De conformidad con el Reglamento para la Atención de Quejas y Gestión Pericial, el arbitraje médico ante la CONAMED se compone de dos etapas.

La primera, llamada Conciliatoria, tiene como finalidad que el demandante lleve a un arreglo con el prestador del servicio, mediante la firma de un “Convenio de Conciliación”.

En el caso del ISSSTE, la conciliación puede ser en el sentido de que se repare el daño causado, mediante el reembolso de la suma erogada o se expliquen las razones por las cuales no hay mala práctica médica. Si el demandante y el prestador del servicio no llegan a un arreglo, el expediente de queja pasa al área de arbitraje, a fin de que se desahogue la siguiente etapa del proceso arbitral, llamada “Decisoria”, para lo cual se deberá firmar la “Clausula Compromisoria”, que garantiza el compromiso de ambas partes de seguir con la queja hasta que se

dicte el laudo correspondiente por parte de la CONAMED, por el cual se resuelve la controversia.

En el caso del IMSS, de acuerdo con información de la CONAMED,¹⁴ la mayoría de las quejas se resuelven en la etapa conciliatoria, y en aquellos casos en los que la Comisión considera la existencia de mala práctica se emite un pronunciamiento institucional a manera de reconsideración, para que la institución modifique el planteamiento hecho al paciente; en el supuesto de que esto no se dé o que no se esté de acuerdo con dicha modificación, se dejan a salvo los derechos del promovente para que los ejerza por la vía que considere conveniente.

Cuando la queja se presenta directamente ante la CONAMED o cuando ésta interviene por la insatisfacción del paciente con la resolución del IMSS, el personal analiza los hechos con detenimiento, y solicita al instituto, entre otros documentos, una copia del expediente clínico,¹⁵ que deberá entregar en un plazo máximo de 20 días hábiles. Igualmente, se solicita al IMSS que en un plazo máximo de 50 días hábiles entregue la Resolución en la cual se pronuncie sobre la procedencia de la reclamación.

Una vez que la CONAMED recibe la Resolución y analiza los datos contenidos en el expediente clínico, se convoca a una audiencia con fines conciliatorios. Dado que la finalidad de la etapa conciliatoria es buscar el arreglo entre las partes, la existencia de datos sobre una buena o mala práctica médica en la atención médica es importante para decidir la forma en que se concluirá la queja.

La audiencia de conciliación puede desarrollarse en los siguientes sentidos:

1. Que como consecuencia de admitir mala práctica médica en los servicios brindados al paciente, el IMSS proponga una suma de dinero a título de compensación por el daño causado o por reembolso de gastos, según se haya planteado la queja. Si ambas instituciones están de acuerdo en que, de la revisión del expediente clínico se desprenden elementos que puedan suponer la existencia de mala práctica médica y la resolución del IMSS es favorable a la petición del demandante, se pregunta al paciente o a su representante legal si está de acuerdo con el monto de la indemnización o del reembolso, y en caso afirmativo, se promoverá la firma de un "Convenio de Conciliación". Especificándose que si por alguna circunstancia, el paciente o su representante legal no aceptan el monto que ofrece el IMSS para resolver la queja, se dejarán a salvo sus derechos para que los ejerzan por la vía que considere conveniente.
2. Si de la revisión del expediente clínico no se desprenden elementos que puedan suponer la existencia de mala práctica médica, la CONAMED vigila que los servidores

¹⁴ CONAMED en <<http://www.conamed.gob.mx/index.php>>. [Consulta, 14 de octubre 2008].

¹⁵ La finalidad de la intervención de la CONAMED, al revisar el expediente clínico, es evaluar la práctica médica brindada al paciente.

públicos del IMSS que asistan a la audiencia de conciliación, expliquen en forma detallada y en términos claros en qué consistió la atención médica brindada al paciente, y que respondan a todas las dudas que tenga el paciente o su representante legal sobre el presunto daño causado.

La CONAMED no puede obligar a ninguna institución a reparar un presunto daño o a reembolsar cantidad alguna cuando no existen elementos que hagan presumir mala práctica médica, de tal suerte que, si el paciente o su representante legal no están de acuerdo en suscribir el “Convenio de Conciliación”, se dejarán a salvo sus derechos para que los ejerzan por la vía que considere conveniente.

3. Cuando existe discrepancia entre el punto de vista de la CONAMED y del IMSS, no se procede directamente a la segunda etapa del proceso arbitral denominada “Decisoria”, sino que la CONAMED elabora un documento en el cual solicita al IMSS la “Reconsideración” de la resolución institucional, de tal manera que pueda modificarse el planteamiento hecho al paciente, y admitir que la práctica médica fue incorrecta y que por tanto resulta procedente la reparación de los daños causados o el reembolso de gastos. En caso de no modificarse el planteamiento se procede a firmar la “Cláusula Compromisoria”.

El laudo arbitral determina la absolución o la condena de daños y perjuicios.

PRINCIPIOS DEL ARBITRAJE

Los principios a que se ajusta el arbitraje de la CONAMED son los siguientes: buena fe de las partes, así como imparcialidad, objetividad y confidencialidad. Esto basado en el artículo 48 del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la CONAMED.

El principio de buena fe significa no buscar un provecho en forma premeditada, el proceso arbitral médico no tiene como finalidad preconstituir prueba alguna, ni servir como medio preparatorio para utilizarse ante la autoridad judicial, sino encontrar la verdad de los hechos en relación con la atención médica que se brindó, para llegar a un arreglo con el prestador del servicio.

En lo que corresponde a los principios de imparcialidad y objetividad, la CONAMED, por ninguna circunstancia da preferencia a ninguna de las partes, de ninguna manera prejuzga quién tiene la razón, sino que, para ayudar a resolver la controversia, evalúa las circunstancias en las que se brindó la atención médica

de manera objetiva, analizando los hechos conforme a los principios de la ciencia médica, la ética y las leyes aplicables.

Para cumplir con el principio de objetividad, la CONAMED, se auxilia de asesores externos, los cuales son médicos especialistas,¹⁶ certificados por el Consejo de su especialidad, con lo cual se garantiza que la opinión sobre la queja médica no la hace de manera exclusiva el personal de la Comisión, sino que su criterio es respaldado por quienes tienen experiencia clínica y son reconocidos como expertos.

Por lo que toca al principio de confidencialidad, el personal de la CONAMED maneja la información que se integre al expediente de queja en forma tal que no puede ser dada a conocer a terceras personas sin la autorización de las partes, y que una vez que una queja concluye, cualquiera que sea su conclusión, dicha información estará sujeta a las formalidades a que se refiere la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, lo que garantiza además la protección de los datos personales.

Es importante señalar que el arbitraje médico que se lleva a cabo en la Comisión es voluntario y no se basa en opiniones médicas propias, sino que se contratan los servicios de un médico experto certificado por el consejo de su especialidad y que indudablemente tiene toda la capacidad para determinar si la actuación del facultativo fue apegada a la literatura médica.

La Comisión es pues, un árbitro que cuenta con los recursos, la metodología y la atribución propios de un arbitraje institucional. El asesor externo no interviene como árbitro persona física, sino que brinda la información respecto de análisis del asunto presentado y se presenta a ratificar su dictamen ante las autoridades.

Por último, es importante señalar que el procedimiento arbitral se desarrolla con el rasgo de la oralidad, que significa la gran flexibilidad para resolver los asuntos.

CONCLUSIÓN

Sin lugar a dudas, el apelar a la justicia por vías jurisdiccionales para resolver conflictos por prestación de servicios de salud, motiva que se eleven los costos de la atención médica y al mismo tiempo se fomenta la denominada “medicina defensiva”.¹⁷ La reacción normal de un médico para evitar demandas, es la excesi-

¹⁶ Los nombres de estos asesores no se dan a conocer a las partes, para cumplir con el principio de imparcialidad.

¹⁷ Concepto relativo a cambios en la práctica de la profesión médica, para defenderse de controversias y demandas que pudieran derivarse del ejercicio profesional.

va práctica de estudios de laboratorio y la interconsulta con diversos especialistas para compartir las responsabilidades. Esto, eleva los costos de la prestación de los servicios y deshumaniza la relación médico-paciente, situación que naturalmente no mejora la calidad de la atención médica.

En la actualidad la Comisión Nacional de Arbitraje Médico es el organismo especializado en materia médica, instituido por el Estado mexicano, con la finalidad de otorgar una opción más de solución a las controversias que se presentan en la prestación de servicios de la salud. Su naturaleza jurídica puede ser de dos tipos: amigable componedor o árbitro, dependiendo el caso. Y en la praxis funge además como asesor, gestor, mediador y perito coadyuvante de las instancias de procuración e impartición de justicia.

A pesar de ello, no puede negarse que el organismo es tan sólo una instancia conciliadora sujeta a la voluntad de las partes, sus procedimientos de conciliación y arbitraje constituyen una alternativa legal válida con ventajas en relación a los juicios ordinarios, pero desafortunadamente la cultura de la conciliación en nuestro país, aún se encuentra en una etapa incipiente.

PARTE II

PROBLEMÁTICA DE LAS PRESTACIONES DE SALUD OTORGADAS POR LOS SEGUROS SOCIALES MEXICANOS

PROBLEMÁTICA DE LA ATENCIÓN A LA SALUD A LOS DERECHOHABIENTES DEL IMSS, DERIVADA DE LOS CAMBIOS DEMOGRÁFICOS Y DEL DESARROLLO DE ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS

*María del Carmen García Peña**

La población de México plantea constantemente nuevas necesidades y demandas de salud de forma que las instituciones deben ser capaces de responder en forma flexible y efectiva a estos retos. Las distintas formas en que los sistemas de salud han atendido a la demanda de atención, se han orientado hacia mejorar la equidad, la calidad y a la protección financiera, sin embargo, aparecen nuevos retos. Uno de los más importantes es el envejecimiento de la población.

Esta realidad demográfica pondrá a prueba al sector salud ante el que es seguramente el mayor reto que enfrentará durante el presente siglo. El bono demográfico se agotará en los próximos años y los programas de seguridad social necesitarán responder no sólo desde el punto de vista de los servicios de salud, sino de la atención social y económica que requieren los ancianos.

Todos los países del mundo están experimentando un crecimiento en el número de ancianos. Para el año 2020 la población mundial de ancianos mayores de 65 años se triplicará y alcanzará un estimado de 700 millones, de los cuales 70% se concentrará en países en vías de desarrollo. De particular importancia es el incremento de viejos-viejos (personas por arriba de 80 años de edad) y el porcentaje mayor de mujeres ancianas que se presenta en casi todos los países, hecho que resulta en importantes repercusiones económicas y sociales. (CONAPO, 2001.)

* Jefa de la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Área envejecimiento.

Se estima que la tasa de crecimiento natural (exceso de nacimientos sobre defunciones) se mantuvo aproximadamente constante en 1.37% anual durante el primer decenio del siglo xx. Después de la Revolución Mexicana, aumentó de 1.82% en 1921 a 1.96% en 1930, 2.06% en 1950 y a 3.34% en 1965. Como consecuencia del declive de la fecundidad, la dinámica demográfica empezó a disminuir su velocidad gradualmente desde entonces, registrando tasas de 3.26% en 1970, de 1.96% en 2000 y de 1.45% en 2005. El crecimiento de 1958 a 1976 –cuando la tasa se mantuvo por encima de 3%– fue tan intenso que la tasa media de 3.23% de ese periodo de 19 años implica la duplicación de la población cada 21 años; en realidad, se necesitaron 24 años para duplicar la población de 32.2 millones en 1955 a 65.7 millones en 1979. Las proyecciones demográficas vigentes del CONAPO apuntan que el volumen de los habitantes de nuestro país no se volverá a duplicar, al menos hasta mediados del presente siglo, y que el máximo histórico de 123 millones esperado para 2042 sería poco menos del doble de la población de 62.3 millones alcanzada en 1977, es decir, un lapso de 65 años.

Para el caso de México, puede afirmarse entonces que la proporción de ancianos es la que crece más rápidamente desde hace 15 años. Su monto actual es de 7.5 millones de personas y aumenta a un ritmo anual de 3.75% (CONAPO, 2001).¹

El incremento en la población de adultos mayores también representa importantes consecuencias en materia de salud. No es una condición *per se* que el proceso de envejecimiento se asocie a enfermedad, pero es un hecho que el efecto acumulativo de múltiples exposiciones y las condiciones psicológicas, físicas y sociales frecuentemente desfavorables incrementan el riesgo de enfermar en los ancianos. Tres escenarios que analizan la relación entre necesidades de salud, envejecimiento y esperanza de vida han sido propuestos: compresión de la morbilidad,² prolongación de la morbilidad y competencia entre riesgos. La información disponible hace pensar con una alta probabilidad de certeza que el escenario que enfrenta la población anciana mexicana es el de prolongación de la morbilidad ya que datos objetivos tales como el uso de servicios de salud sustentan este supuesto.

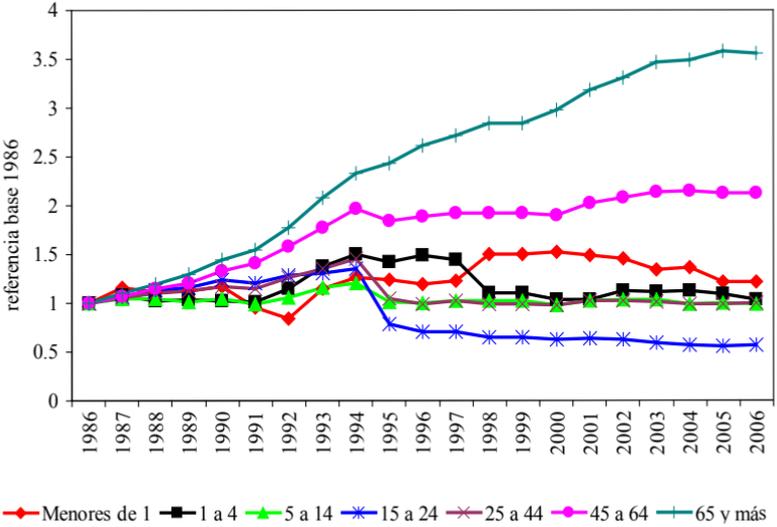
Los ancianos son importantes utilizadores de servicios. En la gráfica 1 se aprecia el índice de crecimiento en la utilización hospitalaria por grupos de edad, el grupo de 65 años y más ha triplicado el número de egresos hospitalarios en los

¹ Consejo Nacional de Población (CONAPO), Programa Nacional de Población 2001-2006, México.

² J. Fries, "Aging, natural death and the compression of morbidity", en *New England Journal of Medicine*, 303, 1980, pp. 130-135..

últimos 15 años,³ contribuyendo con 17.6% de los egresos en 2006, en comparación con 6.6% de los egresos en 1986.

Gráfica 1. Incremento en la demanda de atención médica hospitalaria del IMSS por grupos de edad, 1986-2006.



Fuente: División Técnica de Información en Salud, IMSS.

En el caso de la consulta externa de medicina familiar, la demanda de servicios aumentó cinco veces en los últimos quince años.⁴ El crecimiento de la demanda es más intenso en los últimos años: en 1986 los adultos mayores de 65 años consumieron 5.6% de consultas de medicina familiar; en comparación con el 18.2. (gráfica 2). Ambos datos aunados a reportes que revelan en los mayores de 60 años una disminución en la calidad de vida, en su dimensión física de más de 30% además de una disminución gradual en el porcentaje remanente de vida ac-

³ División Técnica de Información en Salud (DTIES), Sistema de Información, México, IMSS, 2007.

⁴ *Idem.*

tiva,⁵ avalan que para México el panorama por venir incluirá consecuencias individuales, sociales y económicas de enormes dimensiones. Por mencionar algunas, datos de Funsalud revelan que, si el sistema no se modifica, es decir, sigue su curso actual, se espera en los próximos 50 años un crecimiento de 102% en el gasto en atención a la salud, de los cuales cerca de 60% será debido al efecto del envejecimiento sobre el sistema de salud.⁶

Agregado a estos hechos y en combinación con los datos ya conocidos que revelan una transición epidemiológica evidenciada en los últimos años por incrementos exponenciales en las proporciones de sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico, que significarán una presión social y, financiera enorme por los elevados costos y más importante (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2006, 2007)⁷,⁸ por el riesgo del incremento en tasas de discapacidad y disminución de calidad de vida en los ancianos, México requiere de una reestructuración inmediata del sistema de salud, ya que la alta utilización de servicios es una prueba directa de la ineficiencia de los servicios para responder a las necesidades de salud de los ancianos.

La transición epidemiológica que atraviesa el país es de enormes repercusiones para la seguridad social, ya que aunque la incidencia de enfermedades infecto-contagiosas se ha batido, los padecimientos crónico-degenerativos, cuyo tratamiento es prolongado y costoso, han aumentado. En este contexto, el IMSS prevé un significativo incremento de su gasto en salud, derivado de la atención de los pacientes que sufren alguna de las siguientes enfermedades: diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HA), insuficiencia renal (IR), cáncer cérvico uterino (CACU), cáncer de mama (CAMA) y virus/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA). Como se verá más adelante, a excepción del CACU, cuya tasa de morbilidad disminuyó a un promedio de 1.6% por año entre 2001 y 2006; el resto ha mantenido tendencias crecientes en sus tasas de morbilidad en el mismo plazo, las cuales se mencionan a continuación: VIH/SIDA en 1.91%; DM en 1.32%; IR en 1.32%; HA en 1.25%; y CAMA en 0.41%, en promedios anuales.⁹ (Instituto Mexicano del Seguro Social 2007).

⁵ S. Reyes *et al.*, "Active life expectancy for the older people in Mexico", en *Disability and Rehabilitation* 27 (5), 2005, pp. 213-219.

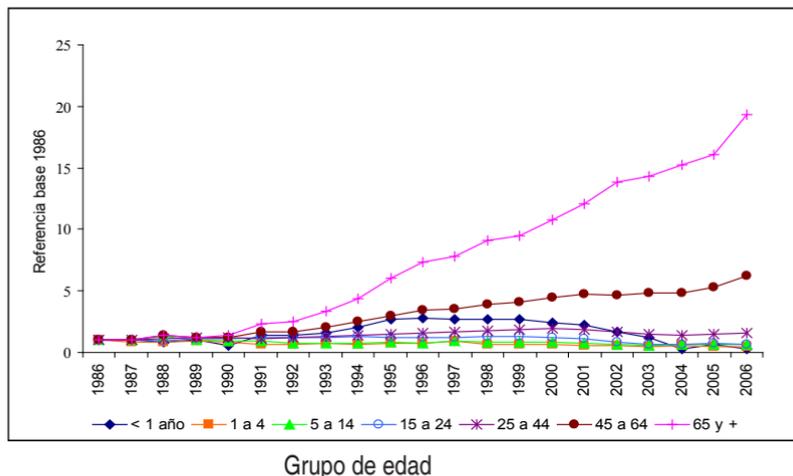
⁶ Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud), *Una contribución fundamental al desarrollo del Sistema Nacional de Salud: XVII Asamblea General Ordinaria de Asociados*, México, Funsalud, 2003.

⁷ Instituto Mexicano del Seguro Social, *Reporte al Ejecutivo Federal*, México, IMSS, 2006.

⁸ Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Finanzas. Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales, 2007, *Evaluación de los Riesgos Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales*, México, IMSS, 2007.

⁹ *Idem.*

Gráfica 2. Índice de demanda de consulta externa de medicina familiar del IMSS por grupos de edad, 1986-2006



Fuente: División Técnica de Información en Salud, IMSS

Cuadro 1. Proyección del gasto médico total por padecimiento 2007, 2030 y 2050 en el escenario base y su descomposición por transición demográfica e incremento de los costos médicos (millones de pesos de 2007)

Padecimiento	Combinación de transición demográfica e incremento real en costos médicos (Escenario base)			Sólo transición demográfica (Sin incremento en costos médicos)		Sólo incremento en costos médicos (Sin transición demográfica)	
	2007	2030	2050	2030	2050	2030	2050
Diabetes Mellitus	6 260	27 582	37 694	17 127	15 044	12 269	11 107
Hipertensión arterial	6 616	31 451	40 606	17 234	14 411	13 279	11 166
Insuficiencia renal	4 013	16 365	19 630	9 003	6 946	8 163	6 924
Cáncer cérvico uterino	365	385	72	226	28	175	23

Cuadro 1. (Continuación)

Cáncer de mama	1 225	3 817	4 288	2 111	902	2 059	1 755
VIH SIDA	1 009	12 826	48 498	2 453	2 870	9 122	33 226
Total	19 487	92 426	150 786	48 153	40 202	45 067	64 201

Fuente: *Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales, IMSS.*

En perspectiva de largo plazo del escenario base, se puede apreciar que el impacto financiero de la transición demográfica es superior al del incremento en costos médicos para DM, HA, IR y CACU, y que lo opuesto sucede para CAMA y VIH/SIDA, nada diferente a lo que podría suponerse.

El IMSS debe enfrentar este reto con modalidades novedosas de atención. Podría decirse que el panorama nacional incluye diferentes instituciones públicas y privadas que prestan servicios de salud a los ancianos, sin embargo, la respuesta de México al reto de prestar servicios de salud a los ancianos es fragmentada, restringida a ciertos ámbitos, con niveles de calidad heterogéneos o desconocidos y bajo una regulación insuficiente.¹⁰

Proponemos que la mencionada reestructuración debe estar basada en dos líneas de acción. Una de mayor importancia está relacionada con la formación de recursos humanos. El escaso número de médicos geriatras (295 certificados para 2005) es un reflejo de la urgencia de reordenamiento pero también, es necesario el fortalecimiento de la capacidad resolutive geriátrica de los médicos generales y familiares y de otros personajes del equipo de salud, trabajadoras sociales, enfermeras, nutricionistas. Es también indispensable la regulación adecuada para la operación de centros de atención a ancianos y para la determinación de los requerimientos de infraestructura y arquitectónicos en los hospitales generales y de alta especialidad.

Estas líneas de acción subyacen en las siguientes propuestas que para enfrentar estos retos pueden ser clasificadas en los siguientes rubros:

- 1) Fortalecimientos de las capacidades del sistema.
 - a) Atención primaria curativa y preventiva.¹¹

¹⁰ L. Gutiérrez Robledo *et al.*, "Evaluación de instituciones de cuidados prolongados para ancianos en el Distrito Federal. Una visión crítica", *Salud Pública Méx*, 38, 1996, pp. 487,500.

¹¹ A. Lamb, "Community care of older people: policies, problems and practica", en *Clinical Medicine*, 3, 2003, pp. 584-586.

- Inserción en la currícula de las escuelas de medicina y de la especialidad de medicina familiar de la materia de geriatría.
 - “Desmedicalización” de los sistemas de atención primaria o de atención de primer nivel, insertando a la enfermera gerontóloga visitadora en casa.
 - Enfoque de promoción de la salud y de prevención de exposición a riesgos como única vía de lograr un envejecimiento activo y retrasar la aparición de discapacidad y pérdida de autonomía.
- b) Atención hospitalaria de mediana complejidad.
- Incremento de la capacidad resolutive de los servicios hospitalarios mediante la inclusión de médicos geriatras que proporcionen opinión experta a los médicos internistas y cirujanos y, que implementen tratamiento particularmente para aquellos ancianos hospitalizados que presenten síndromes geriátricos agregados a los padecimientos motivo de ingreso en los servicios de medicina interna o cirugía.¹²
 - Implementación (o fortalecimiento) de otros modelos de atención hospitalaria a agudos tales como hospital en casa, hospitales de día y servicios de rehabilitación domiciliarios.¹³
- c) Atención hospitalaria de alta complejidad.
- Implementación de servicios clínicos de alta especialidad en geriatría en todas las unidades hospitalarias de tercer nivel.
- d) Atención institucional de pacientes que requieran cuidados prolongados.
- Las instituciones públicas y de seguridad social deberán desarrollar esquemas innovadores de financiamiento para proveer servicios de atención de largo plazo a ancianos que presenten dependencia moderada o severa y que no cuenten con redes sociales de apoyo.¹⁴
- e) Atención domiciliaria de pacientes que requieran cuidados prolongados.
- La modalidad de “cuidadores” en casa para pacientes dependientes debe ser también impulsada como una alternativa más de cuidado.¹⁵
- f) Otros esquemas de atención:
- La implementación de otros esquemas de atención conformarían un mosaico mínimo de atención de la salud al anciano, tales como casas de día, casas de noche, servicios de rehabilitación aguda y crónica, etcétera.
- g) Otros esquemas de atención no médica.

¹² J. Fenton, “Bringing geriatricians to the front lines: Evaluation of a quality improvement intervention in primary care”, en *Journal of American Board Family Medicine*, 19, 2006, pp. 331-339.

¹³ C. Cassel et al., *Geriatric Medicine. An evidence based approach*, USA, Springer, 2003.

¹⁴ D. Saliba y J. Schnelle, “Indicators of the quality of Nursing Home Residential Care”, en *Journal American Geriatric Society*, 50, 2002, pp. 1421-1430.

¹⁵ D. Rabin y P. Stockton, *Long-term care for the elderly. A factbook*, USA, Oxford University Press, 1987.

- Considerando la atención a la salud bajo una perspectiva integral, las actividades relacionadas con el uso de tiempo libre, el autodesarrollo, el mantenimiento de la independencia económica y otros, deben también formarse parte de las políticas públicas de atención al anciano.

Como conclusiones más importantes podemos mencionar:

- Las transiciones demográfica y epidemiológica representan grandes desafíos para el sistema de salud, pues generan presiones sobre la demanda de atención especialmente de los grupos de edad más avanzada.
- En el IMSS, los costos de atención a la salud son proporcionalmente más altos para los grupos de edad de 65 años o más, quienes a su vez son los que demandan más servicios.
- Lo anterior, genera la necesidad de buscar nuevas y urgentes opciones de atención a la salud que a la fecha son prácticamente inexistentes. Los sistemas de salud están enfocados a la atención curativa intra-muros y los ancianos requieren de muchos otros esquemas de atención.
- Es necesario vincular desde ahora las políticas en salud con la planeación en otros sectores, tales como laboral, vivienda, transporte, comunicaciones, porque éste tendrá un impacto importante en el tipo de cuidados que habrá para personas adultas mayores y enfermos crónicos en el futuro.
- Sobre la producción a la salud que las mujeres generan desde el hogar, no será eficiente esperar que este grupo poblacional ofrezca en forma gratuita, los cuidados de largo plazo.

ADECUACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA A LAS NECESIDADES DEMOGRÁFICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ISSSTE EN MÉXICO

*Marco Antonio García Mora**

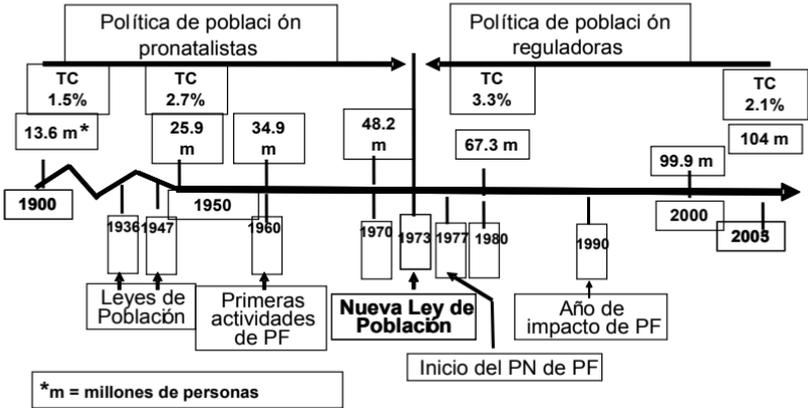
CONTEXTO DEMOGRÁFICO

Es una realidad en América Latina que los sistemas de seguridad social están enfrentando importantes problemas derivados del crecimiento poblacional, del aumento de la esperanza de vida y de la disminución de la mortalidad, lo que ha condicionado un envejecimiento de la población y un número de años mayor de vida después de la jubilación, que ponen a prueba la capacidad de las instituciones, sobre todo porque la situación económica actual se caracteriza por la insuficiencia de recursos financieros para responder plenamente las necesidades y las demandas de la población derechohabiente.

México vive los cambios demográficos señalados de forma notable, cada uno de los cambios ha estado vinculado con la aplicación de numerosas acciones para responder a las exigencias demográficas de nuestro tiempo, a continuación en el siguiente gráfico se pueden apreciar los esfuerzos realizados en el país para atender la problemática sociodemográfica.

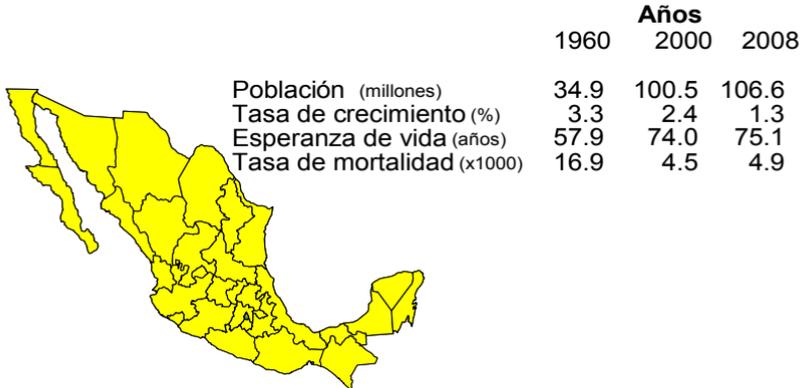
* Jefe del Departamento de Atención Médica del ISSSTE, Delegación Morelos.

Gráfica 1.



A partir de 1973 se modifican las políticas estatales de población, se inicia un proceso de regulación del crecimiento poblacional que permitió en un poco más de 30 años cambiar los principales indicadores demográficos.

Gráfica 2. Indicadores demográficos

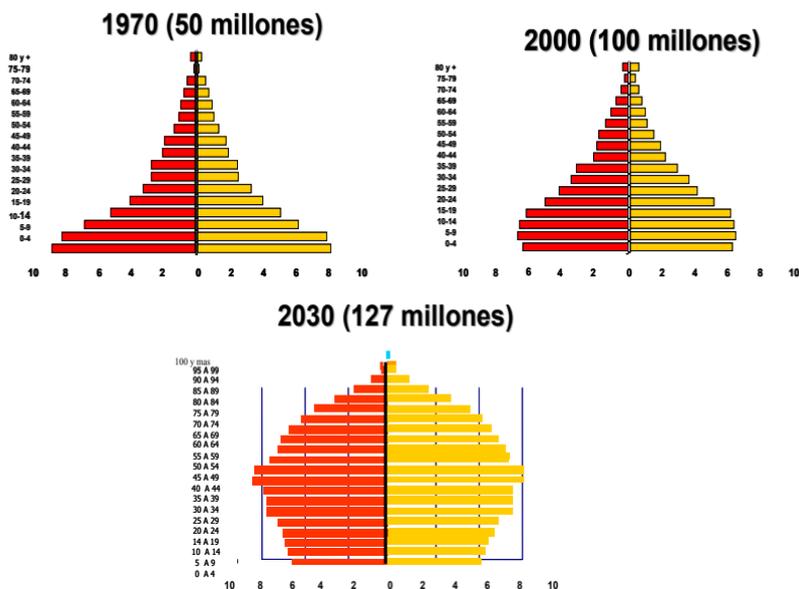


Fuente: Conapo, 1950-2005

En 1960 habían casi 35 millones de personas, después de 40 años esta cifra llegó a 106.6 millones en el 2008. En estos 40 años la esperanza de vida se prolongó 16 años y la mortalidad disminuyó en más de la mitad.

Como resultado de estos fenómenos demográficos, se dio una tendencia al envejecimiento.

Gráfica 3. Población 1970, 2000 y 2030



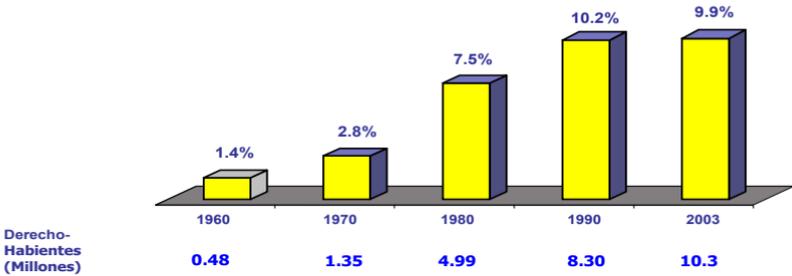
Fuente: *Estadísticas Sectoriales, SSA, 1930-2030.*

La estructura de las pirámides poblacionales se viene modificando de manera significativa, las bases se van angostando y comienza el crecimiento de los grupos de edad de la parte superior. Se estima que para el 2030 la pirámide realmente mostrará el aumento de adultos mayores con una reducción de los grupos de jóvenes.

Si bien, dicha transición afecta por igual a todas las instituciones de salud, en el caso del ISSSTE, la situación se torna crítica por la transformación que está registrando la composición de su derechohabencia como a continuación se describe.

La ampliación de la población derechohabiente del ISSSTE ha tenido momentos significativos; el primero de ellos ocurrió entre 1960 y 1980, hubo un crecimiento de 4.5 millones de personas afiliadas al instituto; el segundo momento se observó de 1980 al 2003, aumentó 5.3 millones de derechohabientes.

Grafica 4. *Derecho-Habientes (millones)*



En las tres últimas décadas las proporciones de la derechohabiencia, respecto a la población total de México, mostraron una tendencia al incremento. En el año 2003 se aprecia la tendencia contraria (9.9%) la proporción disminuyó, debido al crecimiento de la población total y a la detención en la incorporación de trabajadores al servicio del Estado.

Otra faceta del crecimiento de derechohabientes arriba señalado y del impacto que ha tenido sobre la relación entre pensionados y trabajadores en activo:

La población derechohabiente del 2005 era 21 veces más grande que la existente en 1960.

En 1960 había un poco más de 11 mil pensionados y 129.5 mil trabajadores; es decir, había una proporción de casi 11 trabajadores en activo por un pensionado.

En el 2005 estas proporciones se transformaron de forma alarmante, 456 mil pensionados y 2,366,000 trabajadores en activo, es decir, existen 5 trabajadores por cada pensionado, lo cual significa que proporcionalmente disminuyeron en más de la mitad el número trabajadores y por consiguiente el número de aportaciones para responder el incremento de pensionados.

El 22.9% de los derechohabientes corresponde a los trabajadores en activo que ofrecen las aportaciones correspondientes para atender las necesidades del restante 77% de los beneficiarios: familiares de pensionados, pensionados y familiares de los trabajadores.

En el cuadro siguiente se puede apreciar la estructura por grupos de edad a diciembre del 2008, de los derechohabientes del instituto.

Cuadro 1. Población derechohabiente registrada por grupos programáticos de edad y sexo, diciembre de 2008

EDAD NACIONAL						
	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL	%
< - 1	15 945	0.2%	15 128	0.2%	31 073	0.4%
1	28 549	0.4%	26 891	0.3%	55 440	0.7%
2	34 777	0.4%	32 920	0.4%	67 697	0.9%
3	42 103	0.5%	40 542	0.5%	82 645	1.1%
4	44 452	0.6%	42 266	0.5%	86 718	1.1%
5	47 003	0.6%	44 909	0.6%	91 912	1.2%
6	52 042	0.7%	49 834	0.6%	101 876	1.3%
7-9	177 235	2.3%	169 173	2.2%	346 408	4.5%
10-14	336 068	4.3%	323 051	4.2%	659 119	8.5%
15-17	213 447	2.7%	205 876	2.6%	419 323	5.4%
18	71 455	0.9%	69 671	0.9%	141 126	1.8%
19-24	396 338	5.1%	412 005	5.3%	808 343	10.4%
25-29	253 383	3.3%	319 136	4.1%	572 519	7.4%
30-34	195 222	2.5%	284 226	3.7%	479 448	6.2%
35-39	216 273	2.8%	325 375	4.2%	541 648	7.0%
40-44	251 207	3.2%	370 475	4.8%	621 682	8.0%
45-49	237 055	3.0%	310 897	4.0%	547 952	7.0%
50-54	192 178	2.5%	237 130	3.1%	429 308	5.5%
55-59	169 403	2.2%	197 247	2.5%	366 650	4.7%
60-64	145 086	1.9%	168 676	2.2%	313 762	4.0%
65-69	127 130	1.6%	153 163	2.0%	280 293	3.6%
70-74	110 214	1.4%	138 078	1.8%	248 292	3.2%
75 - >	223 300	2.9%	256 911	3.3%	480 211	6.2%
TOTAL	3 579 865	46.1%	4 193 580	53.9%	7 773 445	100.0%

Fuente: Subdirección General de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales.

Destaca que los menores de 15 años representan 19.1% del total de la población derechohabiente registrada. 17% corresponde al grupo de 60 años y más. Asimismo, hay una mayor proporción de mujeres que de hombres, 46 y 54% respectivamente.

Como se puede apreciar la población del ISSSTE tiene una proporción mayor de adultos mayores que la que se expresa a nivel nacional.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

En el gráfico siguiente se muestra la evolución que han tenido los padecimientos crónicos degenerativos y los infecto contagiosos en el país de 1960 al 2008. Se aprecia que actualmente la mortalidad, según sus principales causas, se invirtió; en 1960 eran de tipo infecciosas y en 2008 crónicas degenerativas, con predominio de las enfermedades del corazón y los tumores malignos.

Gráfica 5. *Transición epidemiológica: Cambios en las principales causas de mortalidad 1960-2008*



De igual forma los padecimientos que aquejan a la población del ISSSTE corresponden al grupo de crónico degenerativos, consumen buena parte de los recursos destinados a la atención médica (30% del presupuesto de salud), se caracterizan por requerir una atención especializada, larga y costosa.

Entre el grupo está la diabetes mellitus, las enfermedades cerebro vasculares, entre otras. Este tipo de padecimientos se ubican en los seis de las 10 causas de mortalidad de la población derechohabiente del ISSSTE.

Las enfermedades infecto ç+contagiosas siguen prevaleciendo al constituirse entre las principales causas de morbilidad en el Instituto en el año 2008 (seis de las primeras diez).

SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN AL GRUPO DE ADULTOS MAYORES EN EL ISSSTE

Como se señaló párrafos anteriores, durante los últimos 40 años el crecimiento de la esperanza de vida en nuestro país pasó de 57 a 74 años en promedio, lo que, de acuerdo con el CONAPO, significó que en 2005 había en el país más de 9 millones de adultos mayores de 60 años.

Este creciente segmento de la población representa un importante gasto, ya que consume la tercera parte de los servicios sociales y de salud, la cuarta parte del total de medicamentos y 60% de las camas de hospital de las instituciones del Gobierno Federal.

La asistencia a consulta por parte de los mayores de 55 años constituye una cuarta parte de las consultas ofrecidas por el sistema, además de que la ocupación de camas de hospital de este grupo es de aproximadamente 60%.

En el caso particular del ISSSTE, como ya se señaló, en 2005 la población mayor de 60 años representa 17% y tiene una tendencia al aumento; para el año 2020, se estima que 50% de los derechohabientes estará por encima de esta edad.

Este grupo de personas todavía puede considerarse productivo, para los servicios de salud se comporta como grupo especial, en virtud de su alta demanda de atención médica. Por ello, el instituto ha buscado anticiparse a través de acciones que propicien una vejez sana, con capacidad de independencia y calidad de vida.

En el ámbito nacional, el ISSSTE fue pionero en el desarrollo de estrategias de atención a la salud de los adultos mayores mediante acciones específicas, las cuales se enmarcan en el Programa de Envejecimiento Exitoso.

Este programa inició en 2001 con la creación gradual de 75 centros de Atención Gerontológica en las clínicas de Medicina Familiar y 18 servicios de geriatría en unidades hospitalarias, en las cuales se brinda apoyo al adulto mayor para prevenir enfermedades que puedan desembocar en padecimientos graves e incluso en la muerte.

Actualmente se cuenta con 153 módulos para adultos mayores; 117 son módulos de Atención Gerontológica, ubicados en clínicas de Medicina Familiar, y 36 son centros con servicios de geriatría que funcionan en la red de hospitales generales y regionales de todo el país.

El programa de Envejecimiento Exitoso generó acciones preventivas orientadas al adulto mayor, destacan la vacunación que le ha permitido al ISSSTE ubicarse como pionero en el Sector Salud en la aplicación de forma sistemática de biológicos que ayudan a reducir los casos de neumonía en los adultos mayores.

En materia de educación para la salud, el instituto brinda ciclos de conferencias sobre diversos temas, además de llevar a cabo actividades culturales y deportivas que complementen su desarrollo físico y mental, como la Convivencia Regional Deporissste creada principalmente para pensionados y jubilados, durante la cual se realizan competencias deportivas en diversas disciplinas.

En el ISSSTE existen aproximadamente 300 geriatras, de las cuales 170, es decir el 56%, egresaron de los centros de Capacitación Geronto-geriátrica con los que cuenta el ISSSTE.

La proporción de estos especialistas en relación con el número de personas mayores de 60 años en el país (alrededor de seis millones) es baja, lo que evidencia la necesidad de elevar la cifra de facultativos especialmente dedicados a la atención de este grupo poblacional.

El ISSSTE fue distinguido con el premio Innova 2002 otorgado por la Presidencia de la República, por ser una de las instituciones públicas que desarrollan programas novedosos que coadyuvan a resolver los problemas nacionales más sensibles y mejorar la calidad de los servicios otorgados a la sociedad.

El ISSSTE creó la Escuela Nacional sobre el Estudio y Atención al Envejecimiento con el fin de ofrecer servicios de capacitación a la población abierta encargada de cuidar a sus familiares.

A finales de 2004 se habían establecido 35 escuelas para cuidadores en toda la República, para atender una necesidad imperiosa de la familia para cuidar adecuadamente a sus miembros envejecidos. Hasta el momento se han capacitado a instructores y 900 cuidadores informales.

JUSTIFICACIÓN DEL PROCESO DE ADECUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD AL GRUPO DE ADULTOS MAYORES

En el caso particular del ISSSTE, en 2005 la población mayor de 60 años representa 17% de sus derechohabientes registrados, fenómeno que tiene una tenden-

cia al aumento; para el año 2020 se estima que 50% de los derechohabientes estará por encima de esta edad.

El envejecimiento de la población en el ISSSTE tuvo una importante repercusión directa sobre el encarecimiento de los servicios de salud. La asistencia a consulta por parte de los mayores de 55 años constituye una cuarta parte de las consultas ofrecidas por el sistema, además de que la ocupación de camas de hospital de este grupo es de aproximadamente 60%.

Los módulos gerontológicos son insuficientes para brindar una atención adecuada y prevenir un conjunto de padecimientos que elevarán los costos y rebasará al instituto para responder a la fuerte demanda de este grupo de pacientes.

Actualmente, el instituto ha realizado importantes esfuerzos por brindar mayor número de acciones preventivas a toda su población derechohabiente, sin embargo, está consciente de que son insuficientes sobre todo para el grupo de adultos mayores, en materia de autocuidados, promoción a la salud e información para mejorar el adecuado uso de los servicios de salud.

Conviene recordar que el instituto fue creado y desarrollado para atender sobre todo a los grupos de población infantil bajo un esquema de atención curativo y de tipo hospitalario. Por ello es indispensable realizar un proceso de reingeniería para adecuar los servicios de forma paulatina y bajo un enfoque preventivo. A continuación se propone dicho proyecto que marca las líneas que se deberán seguir por el instituto.

La proporción de geriatras en relación con el número de personas mayores de 60 años en el país (alrededor de seis millones) es baja, lo que evidencia la necesidad de elevar la cifra de facultativos especialmente dedicados a la atención de este grupo poblacional.

Razones por las cuales es necesario desarrollar un proyecto que posibilite atender esta problemática creciente, para proporcionar los servicios de salud al grupo de adultos mayores.

PROPUESTA DE ADECUACIÓN

- Delegaciones prioritarias sobre las bases de los índices de envejecimiento de la población adulta mayor del ISSSTE

En el cuadro 2 se muestran los grados de envejecimiento en cada una de las delegaciones del ISSSTE situadas en las 32 entidades federativas, cabe aclarar que el Distrito Federal por su tamaño está dividido en 4 delegaciones (Norte, Sur, Oriente y Poniente) por lo tanto, hay 35 delegaciones en 32 entidades federativas.

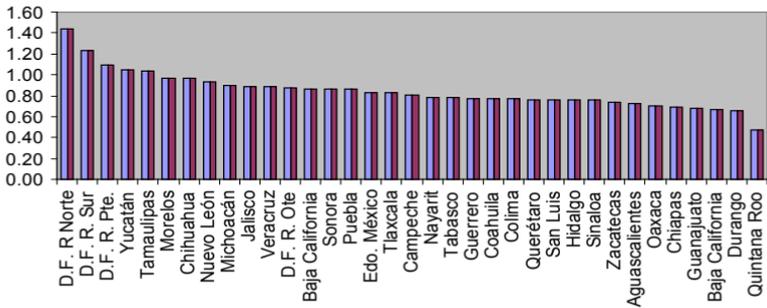
Se observa que son cinco las delegaciones que presentan un alto grado de envejecimiento de su población derechohabiente, hay más de un adulto mayor (60 años y más) por cada menor de 15 años. Concentran 21% del total de los derechohabientes registrados (7.7 millones). Particularmente destacan las Delegaciones de la zona norte y sur del DF.

Otro grupo con alto grado de envejecimiento está conformado por 4 delegaciones que tienen índices de 0.90 al 0.97, casi un adulto mayor por cada uno de sus jóvenes menores de 15 años. Concentra 10% de la población registrada.

Los dos grupos señalados son las nueve delegaciones que consideramos prioritarias por su alto grado de envejecimiento alcanzado de su población derechohabiente (31% del total). Además, hay 22 delegaciones que concentran 60 % de la población registrada y tienen índices de envejecimiento entre 0.7 y 0.89, que se consideran altos. Las cuatro delegaciones restantes tienen índices entre 0.47 y 0.68 de envejecimiento y concentran sólo 3.8% del total de la población.

En la siguiente gráfica se puede apreciar cómo se distribuyen a lo largo del país los índices de envejecimiento de la población derechohabiente de una forma descendente. Los índices de envejecimiento están presentes en todas las delegaciones, pero los índices mayores se concentran en nueve delegaciones que requieren de mayor atención.

Gráfica 6. Distribución del índice de envejecimiento en las delegaciones



Cuadro 2. Grado de envejecimiento de la población derechohabiente del ISSSTE 2008

Delegación en cada Entidad Federativa	Total población registrada	% población	Grupos de Edad		Índice de envejecimiento (*)
			Menor de 15 años	De 60 años y más	
D.F. Región Norte	307 373	3.95	47 350	68 341	1.44
D.F. Región Sur	622 208	8.00	99 721	122 718	1.23
D.F. Región Poniente	333 497	4.29	57 275	62 472	1.09
Yucatán	108 489	1.40	19 167	19 971	1.04
Tamaulipas	262 855	3.38	48 980	50 462	1.03
Subtotal	1 634 422	21.03			
Morelos	157 704	2.03	29 499	28 482	0.97
Chihuahua	178 540	2.30	33 571	32 397	0.97
Nuevo León	146 613	1.89	28 756	26 807	0.93
Michoacán	297 738	3.83	57 086	51 123	0.90
Subtotal	780 595	10.04			
Jalisco	253 435	3.26	52 180	46 478	0.89
Veracruz	348 795	4.49	72 622	64 427	0.89
D.F. Región Oriente	433 052	5.57	80 987	71 171	0.88
Baja California	121 178	1.56	22 890	19 833	0.87
Sonora	158 523	2.04	31 959	27 653	0.87
Puebla	202 438	2.60	41 744	35 871	0.86
Edo. México	690 615	8.88	130 951	108 183	0.83
Tlaxcala	80 436	1.03	16 112	13 262	0.82
Campeche	63 424	0.82	12 947	10 459	0.81
Subtotal	2 351 896	30.26			
Nayarit	120 194	1.55	25 072	19 703	0.79
Tabasco	108 071	1.39	23 693	18 535	0.78
Guerrero	362 592	4.66	75 315	58 420	0.78
Coahuila	226 011	2.91	45 585	35 254	0.77
Colima	50 386	0.65	10 591	8 152	0.77
Querétaro	88 044	1.13	18 850	14 329	0.76
San Luis Potosí	173 369	2.23	39 046	29 549	0.76
Hidalgo	205 431	2.64	42 665	32 235	0.76
Sinaloa	267 005	3.43	55 705	42 052	0.75
Zacatecas	119 604	1.54	27 637	20 321	0.74
Aguascalientes	92 007	1.18	19 477	14 059	0.72
Oaxaca	275601	3.55	56 911	39 860	0.70

Cuadro 2. (Continuación)

Chiapas	232 689	2.99	48 332	33 629	0.70
Subtotal	2 321 004	29.86			
Guanajuato	299 761	3.86	63 648	43 470	0.68
Baja California Sur	90 479	1.16	19 475	13 109	0.67
Durango	201 526	2.59	44 750	29 352	0.66
Subtotal	591 766	7.61			
Quintana Roo	93 762	1.21	22 339	10 419	0.47
TOTAL	7 773 445	100.00	1 522 888	1 322 558	0.87

Fuente: Cálculos propios con base en la Estadística de Población Derechohabiente del Sistema Integral de Prestaciones Económicas (SIPE); SGPESC; diciembre 2004.

(*) Representa la razón del número de derechohabientes de 60 años y más con relación al número de derechohabientes menores a 15 años.

LA ORIENTACIÓN SANITARIA DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS

La necesidad médica está representada por la morbilidad o enfermedades del grupo de adultos mayores, que el conocimiento y la práctica médica pueden modificar en parte o en su totalidad, de forma positiva para la salud de los pacientes.

Se entiende que la demanda de atención del grupo de adultos mayores no corre de forma paralela a las necesidades de salud. Se sabe sin que se tenga una medición precisa que el grupo de adultos mayores demanda servicios de salud sobre todo los de tipo curativo, en estadios en que la enfermedad resulta de alto costo y con pocas esperanzas de recuperar su salud.

En los cuadros del 3 al 7 se ofrecen las causas de egresos hospitalarios de las unidades médicas del ISSSTE ocurridas de 1999 al 2003, incluye las 20 principales causas.

Resaltan cinco padecimientos: diabetes mellitus, insuficiencia renal, fracturas, enfermedades isquémicas del corazón y cataratas entre las principales, que se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. *Los cinco principales padecimientos crónicos degenerativos en adultos mayores derechohabientes del ISSSTE. 1999-2008*

1999	2000	2001	2002	2008
1. Diabetes 2. Fracturas 3. Bronquitis, enfisema, 4. Isquemias corazón 5. Colelitiasis, colecistitis	1. Diabetes 2. Insuficiencia renal 3. Isquemias corazón 4. Cataratas 5. Colelitiasis, colecistitis	1. Diabetes 2. Insuficiencia renal 3. Isquemias corazón 4. Fracturas 5. Colelitiasis, colecistitis	7. Diabetes 8. Insuficiencia renal 9. Cataratas 10. Isquemias corazón 11. Colelitiasis, colecistitis	1. Diabetes 2. Insuficiencia renal 3. Cataratas 4. Isquemias corazón 5. Colelitiasis, colecistitis

Es evidente que este conjunto de padecimientos tiene recursos preventivos comprobados muy importantes, que pueden ser aplicados de forma sistemática con oportunidad y a bajo costo.

Del total de egresos hospitalarios por enfermedades crónicas degenerativas correspondieron a adultos mayores los siguientes porcentajes:

Tabla 2.

Año	1999	2000	20001	2002	2008
%	19.43	20.34	20.53	21.78	22.48

Cuadro 3. *Causas de egresos hospitalarios de adultos mayores de 65 años y más, 2007*

No.	Clave	Diagnóstico	Total	65 o más	%
			331284		
		Total nacional	264 581	74 486	22.48
1	20D	Diabetes mellitus	14 123	6 698	47.43
2	35N	Colelitiasis y colecistitis	12 981	2 369	18.25

Cuadro 3. (Continuación)

3	38C	Insuficiencia renal	10 177	4 184	41.11
4	V0K	Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos y atención de la salud	9 854	2 756	27.97
5	35E	Enfermedades del apéndice	6 741	391	5.80
6	17C	Leiomioma del útero	6 405	75	1.17
7	01H	Diarrea y gastroenteritis de pre-			
		sumo origen infeccioso	5 420	841	15.52
8	35F	Hernia inguinal	5 254	1 579	30.05
9	35G	Otras hernias	4 958	1 062	21.42
10	28Z	Las demás causas			
		Enfermedades isquémicas del corazón	4 821	2 435	50.51
11	33B	Neumonía	4 798	1 974	41.14
12	38I	Otras enfermedades del sistema			
		urinario	4 291	1 246	29.04
13	41Z	Otros trastornos del sistema ge-			
		nitourinario femenino	4 139	182	4.40
14	37G	Otras dorsopatias	4 072	487	11.96
15	24D	Cataratas	3 874	2 684	69.28
16	48Z	Las demás causas síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	3 719	1 143	30.73
17	51E	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	3 685	507	13.76
18	49C	Fractura del hombro, brazo y del antebrazo	3 596	666	18.52
19	33E	Asma	3 207	389	12.13
20	49F	Fractura de la pierna, inclusive el tobillo	3 130	491	15.69
		El resto	145 336	42 327	29.12

Respecto al total de muertes registradas de derechohabientes del ISSSTE en el cuadro 8 se puede ver una tendencia estable, con escasa variación. Sin embargo, cuando es revisada esta mortalidad por tipo de causas, lo relativo a enfermedades crónicas degenerativas se observa una tendencia a la disminución; en 1999 correspondió al 53.6% y en 2003 al 45%.

Entre las principales causas destacan la diabetes mellitus, las isquemias cardíacas, las enfermedades cerebrovasculares y los tumores malignos de la próstata.

Cuadro 4. ISSSTE: comparativo de las principales causas de muertes hospitalarias por enfermedades crónico degenerativas 1999-2007

	Diagnóstico	1999	2000	2001	2002	2007
	Total muertes nacional	10 012	9 774	10 158	10 097	10 226
	Muertes por enfermedades crónico degenerativas	5 420	4 822	5 213	4 518	4 604
	Porcentaje de las crónico degenerativas	53.60	49.33	51.32	44.75	45.02
No.	Principales causas de muertes por enfermedades crónico degenerativas					
1	Diabetes mellitus	1,577	1,642	1,707	1,369	1,384
2	Las demás causas enfermedades isquémicas del corazón	607	273	263	212	214
3	Hipertensión	N/d	291	328	276	369
4	Otras enfermedades cerebrovasculares	849	298	337	377	264
5	Tumor maligno de la mama	107	102	103	119	104
6	Infarto agudo del miocardio	N/d	332	351	326	303
7	Tumor maligno del cuello del útero	85	81	91	54	62
8	Tumor maligno de la traquea, de los bronquios y del pulmón	182	165	171	140	150
9	Tumor maligno de la próstata	N/d	73	69	58	74
	Total	3,407	3,257	3,420	2,931	2,924
	Porcentaje del total de muertes	34.03	33.32	33.67	29.03	28.59

Fuente: Anuarios estadísticos 1999, 2000, 2001, 2002, 2007, SGF, ISSSTE

Este panorama epidemiológico nos remite al fortalecimiento de las acciones de prevención y de atención curativa principalmente de las enfermedades crónicas degenerativas.

LAS NECESIDADES DE MÓDULOS GERONTOLÓGICOS Y CENTROS DE ATENCIÓN GERIÁTRICA

A partir del 2000 en el instituto se inició un proceso de atención médica a la población geriátrica, los esfuerzos realizados han sido mayúsculos, sin embargo son muchas aún las necesidades para lograr una cobertura adecuada. Para identificar estas necesidades se realizó el siguiente análisis que podemos observar en los cuadros 5 y 6.

En primer lugar, la cobertura de la atención de los adultos mayores en el primer nivel de atención es muy limitada a las necesidades, según el tamaño de este grupo de edad en cada una de las delegaciones del ISSSTE en el país. En el cuadro 9 se muestra que en las 35 delegaciones se dispone de 1 225 unidades médicas de primer nivel de atención y sólo de 117 módulos de atención gerontológicos. Éstos fueron creados con la finalidad de desarrollar actividades de detección de riesgos que interfieran con un envejecimiento adecuado; estas actividades se aplican a toda la población mayor de 40 años y más.

Como es fácil de apreciar es insuficiente el número de módulos, cabe señalar que en su mayoría son atendidos por médicos generales que fueron adiestrados ex profeso para el desarrollo de estas actividades a través de la escuela de capacitadores que dispuso el instituto para tal fin.

Los requerimientos como se ve en el cuadro 9 son de 334 módulos que deberán ser distribuidos en cada una de las delegaciones.

En la tabla 3 mostramos el déficit de módulos relacionados con las delegaciones que tienen los índices mayores de envejecimiento. Se requieren 117 módulos, 35% del total de módulos que se requieren a nivel nacional.

Tabla 3.

Delegación en cada Entidad Federativa	Grado de envejecimiento (*)	Requerimientos de Módulos Gerontológicos
D. F. Región Norte	1.44	17
D. F. Región Sur	1.23	31
D. F. Región Poniente	1.09	16
Yucatán	1.04	5
Tamaulipas	1.03	13
Morelos	0.97	7
Chihuahua	0.97	8
Nuevo León	0.93	7
Michoacán	0.90	13
Total		117

Cuadro 5. *Requerimientos de Módulos de Atención Gerontológica en Unidades de Atención Primaria a la Salud*

Delegaciones ISSSTE en cada Entidad Federativa	Población	Pob. mayor de 60 años	No. Unidades médicas	Unidades Médicas con Módulo Gerontológico (uno por unidad)	% de Unidades Médicas con Módulo Gerontológico	Módulos Gerontológicos por cada 3960 adultos mayores (1)	Requerimientos de Módulos Gerontológicos
Aguascalientes	92 007	14 059	12	1	8.33	0.282	3.6
Baja C.	121 178	19 833	13	2	15.38	0.399	5.0
Baja C. S.	90 479	13 109	30	0	0.00	0.000	3.3
Campeche	63 424	10 459	11	1	9.09	0.379	2.6
Coahuila	226 011	35 254	31	0	0.00	0.000	8.9
Colima	50 386	8 152	5	1	20.00	0.486	2.1
Chiapas	232 689	33 629	48	2	4.17	0.236	8.5
Chihuahua	178 540	32 397	53	2	3.77	0.244	8.2
Durango	201 526	29 352	42	2	4.76	0.270	7.4
Edo. México	253 435	108 183	54	7	12.96	0.256	27.3
Guanajuato	690 615	43 470	41	5	12.20	0.455	11.0

Cuadro 5. (Continuación)

Guerrero	299 761	58 420	50	6	12.00	0.407	14.8
Hidalgo	362 592	32 235	36	2	5.56	0.246	8.1
Jalisco	205 431	46 478	89	6	6.74	0.511	11.7
Michoacán	297 738	51 123	67	5	7.46	0.387	12.9
Morelos	157 704	28 482	28	2	7.14	0.278	7.2
Nayarit	120 194	19 703	25	1	4.00	0.201	5.0
Nuevo León	146 613	26 807	32	0	0.00	0.000	6.8
Oaxaca	275 601	39 860	61	4	6.56	0.397	10.1
Puebla	202 438	35 871	43	6	13.95	0.662	9.1
Querétaro	88 044	14 329	19	2	10.53	0.553	3.6
Q.Roo	93 762	10 419	9	0	0.00	0.000	2.6
San L. Potosí	173 369	29 549	29	1	3.45	0.134	7.5
Sinaloa	267 005	42 052	39	1	2.56	0.094	10.6
Sonora	158 523	27 653	40	1	2.50	0.143	7.0
Tabasco	108 071	18 535	26	1	3.85	0.214	4.7
Tamaulipas	262 855	50 462	32	3	9.38	0.235	12.7
Tlaxcala	80 436	13 262	4	1	25.00	0.299	3.3
Veracruz	348 795	64 427	84	6	7.14	0.369	16.3
Yucatán	108 489	19 971	16	5	31.25	0.991	5.0
Zacatecas	119 604	20 321	36	1	2.78	0.195	5.1
DF Zona Nte.	307 373	68 341	50	12	24.00	0.695	17.3
DF Zona Sur	622 208	122 718	33	12	36.36	0.387	31.0
DF Zona Ote.	433 052	71 171	18	8	44.44	0.445	18.0
DF Zona Pte.	333 497	62 472	19	8	42.11	0.507	15.8
Total	7 773 445	1 322 558	1 225	117	9.55	0.350	334.0

¹ Se considera como una consulta especializada por lo que el estándar es de 3 consultas por hora médico; lo que equivale a que un médico puede atender en un año de trabajo de 220 días a 3 960 pacientes

Fuente: Subdirección de Prevención y Protección a la Salud Subdirección General Médica ISSSTE

Respecto a las unidades geriátricas, el instituto a la fecha tiene instalados 36 servicios de geriátricos ubicados en unidades hospitalarias, funcionan como unidades de especialidad donde reciben a los pacientes referenciados del primer nivel de atención mediante las unidades de gerontología. El ISSSTE actualmente cuenta con 123 unidades hospitalarias por lo que se necesitan 87 servicios de geriatría más, descontando los 36 ya existentes.

Cuadro 6. Atención médica geriátrica y unidades de capacitación

Delegaciones ISSSTE en cada Entidad Federativa	Pobla- ción	Pob. mayor de 60 años	Hospi- tales con Servicio de Geria- tría	Geria- tras	Geriatras por cada 1000 adultos mayores	Unida- des con Rehabi- litación	Centro de Capaci- tación	Escue- las de Cuida- dores
Aguascalientes	92,007	14,059	1	1	0.071	0	1	1
Baja C.	121,178	19,833	0	3	0.151	1	1	1
Baja C. S.	90,479	13,109	0	0	0.000	0	0	1
Campeche	63,424	10,459	0	0	0.000	0	0	1
Coahuila	226,011	35,254	2	0	0.000	0	1	1
Colima	50,386	8,152	0	0	0.000	0	0	1
Chiapas	232,689	33,629	1	0	0.000	1	1	1
Chihuahua	178,540	32,397	2	0	0.000	0	0	1
Durango	201,526	29,352	1	2	0.068	0	0	1
Edo. México	253,435	108,183	1	1	0.009	1	1	1
Guanajuato	690,615	43,470	0	0	0.000	0	0	1
Guerrero	299,761	58,420	2	2	0.034	0	1	1
Hidalgo	362,592	32,235	0	1	0.031	0	1	1
Jalisco	205,431	46,478	1	0	0.000	1	1	1
Michoacán	297,738	51,123	1	4	0.078	1	1	1
Morelos	157,704	28,482	0	0	0.000	0	0	1
Nayarit	120,194	19,703	1	1	0.051	0	1	1
Nuevo León	146,613	26,807	2	1	0.037	1	1	1
Oaxaca	275,601	39,860	1	0	0.000	1	1	1
Puebla	202,438	35,871	1	0	0.000	1	1	1
Querétaro	88,044	14,329	0	0	0.000	0	1	1
Q.Roo	93,762	10,419	0	0	0.000	0	0	1
San L. Potosí	173,369	29,549	1	0	0.000	0	0	1
Sinaloa	267,005	42,052	1	0	0.000	1	1	1
Sonora	158,523	27,653	0	0	0.000	0	0	1
Tabasco	108,071	18,535	1	1	0.054	0	0	1
Tamaulipas	262,855	50,462	1	1	0.020	0	1	1
Tlaxcala	80,436	13,262	1	1	0.075	1	1	1
Veracruz	348,795	64,427	3	1	0.016	1	1	1
Yucatán	108,489	19,971	1	0	0.000	0	0	1
Zacatecas	119,604	20,321	0	0	0.000	0	0	1
DF Zona Nte.	307,373	68,341	2	2	0.029	3	2	1
DF Zona Sur	622,208	122,718	4	2	0.016	1	3	1
DF Zona Ote.	433,052	71,171	2	1	0.014	1	1	1
DF Zona Pte.	333,497	62,472	2	2	0.032	0	1	1
Total	7,773,445	1,322,558	36	27	0.020	16	25	35

Fuente: Subdirección de Prevención y Protección a la Salud, Subdirección General Médica ISSSTE.

LAS ESTRATEGIAS PARA LA ADECUACIÓN

La elaboración de este plan estratégico está sustentada en el análisis diagnóstico arriba presentado sobre las actuales condiciones de envejecimiento de la población derechohabiente y de su perfil epidemiológico, así como de las actuales condiciones de organización sanitaria para ofrecer atención médica a los adultos mayores.

Lo que permitió identificar 11 líneas estratégicas de trabajo que en conjunto forman un modelo de organización encaminado a reformar la atención sanitaria que actualmente se le viene ofreciendo a los adultos mayores en el instituto en todo el país. (TELEMEDICINA)



BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA

- Cardoso, Lozano Arturo, *Introducción a la geriatría*, México, Méndez editores, 1992, pp. 3-4.
- Incola, P., "Aspectos generales del envejecimiento", en P. Incola, *Geriatría*, Editorial Manual Moderno, 1985, p. 1.
- Perlado, G. F., "Geriatría. El volumen del problema", en *Geriatría*, Editorial Científica Médica, 1980, p. 10.
- Durán, Carlos, *et al.*, "Envejecimiento en México: Perspectiva del Instituto Mexicano del Seguro Social", en *La Salud del Adulto Mayor*, México, CISS e IMSS, 2004.
- _____, "Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud, México", en *Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico; Secretaría de Salud de México*; 1ª ed., México, 2005.
- _____, "La Seguridad Social de los Trabajadores del Estado: Avances y Desafíos", *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*, 1ª ed., México, FCE, 2005.
- _____, "Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas", 1ª ed., *Secretaría de Salud*, México, 2005.
- Tapia Conyer, Roberto, *Subsecretaría de Servicios de Salud*, México, Secretaría de Salud, 2005.
- Hernández Laos, Enrique, "Desarrollo Demográfico y Económico de México", 1ª ed., *Consejo Nacional de Población*, México, dic. 2004.
- Creagan, Edward T., M.D., *Guía de la Clínica Mayo sobre Envejecimiento Saludable*, 1ª ed., México, Trillas, 2004.
- Muñoz Onofre, Carmen García Peña y Luis Durán Arenas, *La Salud del Adulto Mayor*, 1ª ed., México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2004.
- _____, *Índices de Desarrollo Social en las Etapas del Curso de Vida, 2000*, 1ª ed., México, Consejo Nacional de Población, dic. 2003.
- Roberto Briceño-León, María C. de Souza Minayo, Carlos E. A. Coimbra Jr., *Salud y Equidad: Una mirada desde las ciencias sociales*, Brasil, Editora Fiocruz, agosto 2000.
- Envejecimiento Demográfico de México: Retos y Perspectivas*, 1ª ed., México, Consejo Nacional de Población, julio 1999.
- Warren M. W., "El cuidado del anciano crónicamente enfermo", en *Salud Pública de México*, vol. 38, núm. 6, 1996, pp. 525-532.

LA NUEVA LEY DEL ISSSTE. UN NUEVO SISTEMA PENSIONARIO SIN OPCIONES PARA UNA NUEVA PROTECCIÓN PÚBLICA PARA LOS DERECHOS SOCIALES

*Julio Ismael Camacho Solís**

LA PROTECCIÓN SOCIAL

La cuestión social, con las inevitables desigualdades que desde siempre aparecen en su entorno, sin duda exigen una protección social y humanamente eficaz, por ello los temas de seguridad social respecto a la salud pública merecen reflexiones más críticas decantadas y, por inercia, soluciones más radicales, particularmente en un momento de la historia contemporánea de los países latinos en general en el que las distancias entre clases han alcanzado dimensiones dramáticas, que se habían mantenido de manera ordinaria, y llegado a un límite que impone como disyuntiva, el retorno a un acercamiento o disminución de esas distancias o la explosión radical en lo social de manera universal.

Las necesidades son connaturales al hecho mismo de existir y a la condición de persona y su satisfacción, por lo tanto, ello no puede ubicarse en el terreno de lo superfluo, no se trata simplemente de la atención que permita una supervivencia denigrante con negación de los valores humanos integrados a la función creativa que conduce, sin duda, al mejoramiento de las condiciones de subsistencia, sino aquella que permita la conjunción de elementos que concreten en cada ser humano la noción de dignidad como factor común en la atención de sus requerimientos vitales.

* Académico de Tiempo Completo de la Facultad de Contaduría y Administración C-1 de la Universidad Autónoma de Chiapas.

Los altos niveles de pobreza que prevalecen en el mundo se han convertido en una denuncia muy seria del fracaso del actual modelo de globalización, afirma (Somavia, 2008)¹ en su calidad de director general de la OIT. Destacando sobre la injusticia en la distribución de la riqueza, entrando la humanidad y los actores que la integran a un proceso de mundialización de la economía desequilibrado, injusto y sostenible, donde prevalecen grandes grupos de marginados y pobres; por ello los países del mundo deberán fortalecer en acciones de gobierno tendientes a aplicar políticas públicas que apoyen la justicia social y derive en consecuencia una globalización equilibrada, forjando un modelo de crecimiento de calidad sobre todo en servicios de asistencia social y protección pública tanto para los amparados por un régimen de seguridad social como para los grupos focalizados y vulnerables. Una globalización políticamente sostenible deberá generar trabajo decente, con ello la OIT en los parámetros internacionalmente aceptados del llamado trabajo decente consiste en que el empleado tenga las garantías mínimas de seguridad, estabilidad en el trabajo tanto física y laboral, como también jurídica en su permanencia y aun después de ello.

La característica elemental que distingue a la seguridad social en su conjunto; como una ciencia jurídica normativa con importancia vital en cualquier sistema jurídico existente en el mundo, manifiesta que garantizará por todos los medios mínimos una subsistencia decorosa, o bien la que manifiesta Zelenka (2001);² que la seguridad social es el conjunto de medidas tomadas por la sociedad y en primer lugar por el Estado, para garantizar a todos, los cuidados médicos necesarios y para asegurarles los medios de vida en caso de pérdida o reducción importante de sus medios de existencia. Para Kaufman (2000);³ seguridad social no designa únicamente un derecho sino un valor social, semejante a la libertad, la justicia, la salud, el bienestar o la democracia, relevante sin duda que en estos derechos y valores está implícita la noción de seguridad, que garantiza estabilidad, libertad garantiza seguridad de hacer y decir cuanto no se oponga a las leyes y a las buenas costumbres; justicia lleva inherente seguridad de dar a cada cual lo que le corresponde, de respetar sus derechos, vivir en plena democracia que envuelve la seguridad de libertad y justicia.

El convenio 102 de la Organización Internacional del Trabajo, que determina sobre normas mínimas de seguridad social, si bien es cierto que no brinda una definición precisa, sí especifica con claridad cuáles son las contingencias que deben

¹ Autor citado por Daniel López Acuña, en *La salud desigual en México*, 3ª ed., México, Siglo XXI, 1983.

² *Idem.*

³ *Idem.*

ser cubiertas por esta necesidad de asistencia médica, incapacidad para trabajar por enfermedad, desempleo, vejez, accidente de trabajo o enfermedad profesional, maternidad, invalidez, tener hijos a cargo, muerte del sostén de la familia, la misma OIT coincide en atribuir a la seguridad social la misión de proteger la salud y proveer las prestaciones monetarias en ciertas contingencias. (Barba, 2006.)⁴

La seguridad social implica aceptar la responsabilidad de garantizar la seguridad económica a los miembros de la sociedad, supuesta la elección de formas equitativas de financiamiento, la seguridad social representa una solidaridad institucionalizada que no representa una gracia sino un derecho de todos y para todos los miembros de la comunidad, con ello se agrupa la inclusión, el verdadero papel del Estado Benefactor.

La seguridad social, como una respuesta a la necesidad del ser humano, debe adoptar modalidades diferentes de obligación solidaria con todo aquel que tenga de suyo un derecho que se lo garantice.

Es significativo resaltar que la Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo 22 reconoce que toda persona como miembro de la sociedad tiene derecho a la seguridad social. De forma análoga, la declaración americana de derechos y deberes del hombre reitera que toda persona tiene derecho a la seguridad social. Las constituciones políticas de muchas naciones, así como algunos acuerdos adoptados por diversas organizaciones internacionales consagran el mismo derecho.

En México la cultura y la promoción de los derechos humanos es ciertamente incipiente en nuestro Estado de derecho y, por ende, el respeto a la ley, como viene a ser obvio, los efectos que conlleva lo anterior son múltiples, la práctica de la totalidad imperativa, afecta negativamente la calidad de vida de quienes habitamos este país si algún beneficio puede acarrear el talante político con que se manejan los aspectos sociales en nuestro país, *sui generis* forma de aplicación del derecho estas latitudes de la tierra tan alejadas de una justicia social, resulta pues ser tan transitorio e irrelevante como quitar momentáneamente el dolor a quien requiere de una cirugía mayor.

ESTADO DE BIENESTAR Y SEGURIDAD

Es de sobra conocido que la Constitución de 1917 fue la primera que consagró algunos derechos sociales. Por primera vez y en ello insistirá la tradición constitucional mexicana, al lado de las garantías individuales el constituyente colocó las

⁴ *Idem.*

garantías sociales, “armonizando las unas con las otras; completando, éstas con aquéllas y viceversa; de este modo las garantías sociales serían, así, aquellas que protegen al hombre en tanto integrante de un grupo social”.

No siempre lo que es socialmente deseable es económicamente posible y para muchos países entre ellos los de América Latina, deseosos de mejorar su condición, lo anterior implica sin duda una tragedia, ya que no es posible alcanzar niveles de justicia ni ofrecer a la población mínimos decorosos de bienestar.⁵

Ello deriva frecuentemente no sólo de las condiciones internas políticas de un país, sino de un orden internacional injusto, con frecuencia ocurre que un derecho social se consagra y las condiciones económicas de un país no permiten realizarlo, pero queda en el texto constitucional como un proyecto y un propósito de justicia y un compromiso hacia el futuro, lo anterior se ha vuelto la característica básica de los derechos sociales. (Campillo, 1985.)⁶

Cruz (2000)⁷ determina de manera enfática, que visto así el problema no había mucho por hacer, en todo caso lo único que podía hacerse ya estaba hecho, consagrar tales derechos para mantener un ilusión. A esto Marx le llamaría ideología, en el sentido de ocultar una realidad sobre los derechos sociales, pero sin duda nada más alejado de la realidad, incluso desde la productividad de los juristas de otras épocas.

El desarrollo de nuestro sistema social fue de la mano de nuestro sistema político y, al lado de las amplias facultades que se le confirieron al Ejecutivo en materia social, se consolidaron el clientismo, la corrupción, la arbitrariedad y discrecionalidad, la impunidad, los poderes ilegales de facto, empero, por ello es totalmente falso querer ver las reformas en materia social sobre todo las más recientes, derivadas como resultado de un proceso democrático y debido a esta disociación entre democracia y sistema social, fue que las reformas constitucionales primero y las políticas públicas implementadas para paliar los problemas del país, no sirvieron tal como lo demuestran los indicadores del bienestar social (salud, educación, vivienda, empleo, salario, oportunidades de inversión), por ello el nivel de vida de los mexicanos beneficiarios de los derechos sociales han venido descendiendo

⁵ México como país en desarrollo de la democracia se ha jactado al menos en el sexenio del presidente Fox y el que hoy encabeza Felipe Calderón ambos de extracción panista, de ser una nación donde el gobierno distribuye la riqueza a través del gasto social asignado más presupuesto a programas gubernamentales diseñados como políticas públicas que van dirigidos y controlados por el mismo Estado, enfocada a una población cautiva con el voto electoral.

⁶ Campillo Sáinz, *La Constitución Mexicana y los nuevos derechos*, México, UNAM-III, 1985.

⁷ Juan Antonio Cruz Parceró, *Los derechos sociales desde una nueva perspectiva*, México, CNDH, 2000.

paulatinamente para ver su caída estrepitosamente. Por ello la suerte de los derechos sociales en México no ha sido muy afortunada, máxime hoy con la nueva Ley del ISSSTE.

Cuando se pretende hablar de derechos sociales hacemos referencia a ciertos bienes o valores (justicia, igualdad, salud, educación), y más específicamente a una serie de pretensiones o demandas para obtener y garantizar dichos bienes o valores que consideramos un medio para obtener aquello que llamamos “justicia social”. La cuestión más importante y problemática respecto de este tipo de derechos es, sin duda, la de protegerlos de modo efectivo, de garantizarlos. La garantía de estos derechos es, desde luego, algo que va más allá de dificultades técnicas y habría que advertir el peligro de caer en lo que señala Ferrajoli (1989)⁸ y que denomina la falacia garantista, que consiste en creer que bastan las buenas razones de derechos y las buenas técnicas jurídicas de protección para poner a salvo los derechos. Sería, pues, ingenuo pensar que el problema de los derechos sociales es un problema de técnica jurídica exclusivamente.

Por ello no resulta estéril pugnar por un cambio de perspectiva desde la teoría del derecho, que contribuya a la realización de mejores y más efectivas políticas de justicia social y que los juristas, los investigadores y los ciudadanos tomemos conciencia de que nuestra participación es requerida para implantar un sistema de derechos sociales eficaz.⁹

Sin duda con esos conceptos, ideas, elementos, y esperanzas nos conducíamos, vivíamos alentados los segurólogos sociales de este país con una arraigada tradición garante de lo justo pero sobre todo defensores del derecho social.

En México, con el desarrollo estabilizador las familias de obreros, trabajadores y profesionistas pudieron garantizarse un modo de vida estable, con el salario del padre o la cabeza de familia bastaba, las familias eran más extensas incluso, era inusual encontrar parejas con cuatro hijos porque la mayoría tenían más de seis sin importar el estrato social. Sin embargo, se podía vivir, y los hijos tenían acceso a las universidades, a una carrera técnica o profesional. Muchos de nuestros padres y abuelos pertenecen a esa etapa en la que pudieron pagarse con su profesión desempeñada en alguna parte del sector público, una vivienda de interés social o bien vivir de su oficio particular, sin penurias. Pero el Estado Benefactor tenía sus detractores, Hayek y Friedman, principalmente que acusaron de la intromisión del gobierno en la vida económica, de los excesivos déficits a causa de las políticas sociales y de una participación innecesaria del Estado en asuntos de la colectividad.

⁸ Autor citado por D. López Acuña, *La salud desigual en México*.

⁹ Campillo Sáinz, *op. cit.*

Las pugnas ideológicas entre los defensores del Estado Benefactor y el Estado Neoliberal terminaron finalmente con la victoria del adelgazamiento del Estado y la toma de control de las empresas multinacionales y transnacionales sobre del orden político global, después de un gran movimiento de fines de la década de los 80 y principios de los 90 para debilitar al sindicalismo.

La sociedad y sus integrantes, producto de su trabajo, siempre han deseado llegar a una vejez plena, contemplar desde una mecedora el producto de toda una vida, una renta vitalicia, un ingreso seguro, la comida sobre la mesa, una persona que ha dedicado los mejores años de su existencia al servicio de un patrón sin importar su personalidad jurídica se trate de un patrón común civil o se trate de una persona moral o institución del sector público hasta el fin de los días de cada uno; un sueño del siglo pasado.

LA LEY DEL ISSSTE, SUS COMPONENTES FINANCIEROS Y LIMITANTES PARA OTORGAR SERVICIOS DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Sin embargo, el amanecer del siglo **XXI** nos hizo despertar violentamente a otra realidad como en el caso de la Nueva Ley del ISSSTE, es decir, se han hecho una serie de argumentos por la solvencia económica que enfrenta.

Los trabajadores al servicio del Estado enfrentan y enfrentamos hoy día una realidad; la de enfrentar la aplicación de una ley que debe conceptuarse como inconstitucional en donde se cancelan, se vulneran y se quebrantan los derechos que de suyo habían sido adquiridos por los trabajadores burócratas en su inmensa mayoría, así como trabajadores que percibían este beneficio por convenio establecido previamente de este país generoso y benevolente, se le pierde respeto y autoridad a la Constitución, la Carta Magna y ley suprema, cuando se impone la entrada de instituciones de seguridad social en los caminos financieros y privatizadores, contrarios a la esencia del derecho social contraviniendo el espíritu protector y tutelar de los trabajadores al servicio del Estado, como aquellos que están amparados por el apartado B del artículo 123 Constitucional, al obligarse a los burócratas a entrar a las afores, en clara contraposición al artículo 74 (bis) de la Ley del SAR, que prevee este acceso como voluntario.

La nueva Ley del ISSSTE se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el 31 de marzo de 2007, pero que su vigencia comenzó el 1 de abril; justo en las vacaciones de la semana santa, que en nuestro país es disfrutable en su mayoría por el grueso de la población en general.

Primero se despojó a los trabajadores comprendidos en el apartado A y ahora la turbulencia alcanzó a los trabajadores de este país amparados en el apartado

B, ambos apartados del artículo 123 Constitucional, ejemplo mundial de una legislación suprema avanzada en la protección social, pero tan distante de una realidad nacional laboral.

Cuando las afores en todo el mundo y concretamente en México han demostrado a plenitud su abuso y fracaso para garantizar siquiera una pensión mínima para los trabajadores, que además exigir que ésta sea digna y decorosa, a los burocratas se les engaña con la versión de que dichas administradoras de pensiones, les van a sacar y resolver de un problema que supuestamente los trabajadores hemos ocasionado, distorsionando los hechos en la que los trabajadores jamás han participado, han sido los malos manejos financieros y de gestión pública los que han generado el quebranto del ISSSTE, manejando a su antojo los recursos, desviándolos para otros fines y nunca para garantizar las pensiones de los trabajadores al servicio del Estado.

Las afores y las truculencias financieras no resuelven en nada el problema pensionario nacional, sino que lo complican más; el presente y un desconocido futuro, todo mundo lo sabe y lo entiende, nosotros los segurólogos sociales aún más, que este manejo de cuentas sólo se imponen para liberar al Estado de sus obligaciones de protección y justicia social, dejando con ello que el capital financiero mundial, los funcionarios y los dirigentes sindicales nefastos, se quedan con la enorme ganancia que representa el negocio de las afores, despojando a los trabajadores débiles e ignorantes, que desconocen una realidad que lacera, lo que era propio, lo que nos pertenece, el derecho a un retiro laboral digno y decoroso.

La privatización en manos del capital transnacional de la seguridad social herencia de una revolución, usar el patrimonio de los trabajadores para negocios privados y respaldo financiero del gobierno, es el último objetivo de una reforma que también busca fines políticos e ideológicos, se pone toda la infraestructura jurídica para la subrogación o privatización de los servicios médicos, se bursatilizan las carteras del Fovissste y del fondo de préstamos.

Ventajas de la nueva ley del ISSSTE: desde el planteamiento de la finalidad de Ley hecha por legisladores que la aprobaron de manera rápida, expedita y sujeta a los propios intereses de la dirección general del propio instituto y aún sindicalismo cautivo reprimido desde hace décadas:

- Saneamiento financiero.
- Se garantiza a los jubilados actuales a recibir su pensión, su retiro de suspensión.
- Establece una cuenta única.
- Manejo de fondos (Consar).
- Transferir los fondos después de tres años al afores de su preferencia que elija el trabajador.

- Transparencia en el manejo de cuentas.
- Participación del estado en la integración del fondo.
- Sistema de ahorro más confiable y acorde a las métricas y variantes actuales.
- Se elimina el posible riesgo de una quiebra financiera.

Desventajas de la nueva ley del ISSSTE, que sin duda son el agravio monumental a la seguridad social entendida ésta como parte fundamental de los derechos sociales.

- Pérdida de derechos.
- Se amplía la edad de jubilación.
- Pérdida del nivel y calidad de vida al aumentar los años de trabajo.
- Desconocimiento de la ley.
- Incremento en la aportación de cuentas.
- Comisiones excesivas.
- Limitación de edad para jubilarse.
- descontento del manejo y colocación de recursos financieros, a través de la creación del pensionissste jubilado en papel de juez y parte.
- Pérdida de fondos de aquellos trabajadores que dejaron de trabajar en el ISSSTE y que por edad ya no podrán jubilarse.
- Nueva limitación de edad para jubilarse.

Los problemas que enfrentan las instituciones que otorgan seguridad social a los trabajadores de nuestro país son varios, entre ellos podemos identificar:

- La falta de medicamentos en el cuadro básico.
- La saturación de los servicios, falta de espacios e infraestructura.
- El aspecto económico relacionado con la pensión jubilatoria que se paga a los trabajadores jubilados donde el Estado ha aportado 48.5 millones de pesos anuales.
- Aumento de la esperanza de vida de los pensionados de 64.4 años en 1975 a 65.7 en 2005.
- La disminución del número de trabajadores que cotizaban al instituto, pues mientras en 1975 eran 20 los trabajadores que sustentaban la jubilación de un pensionado, actualmente son cinco.
- Razones financieras, mas no de garantía social tomadas en consideración para operar la nueva reforma.¹⁰
- Transición demográfica
- Transición epidemiológica
- Fondos financieros en pensiones y salud insuficientes

¹⁰ <www.issste.gob.mx>. [Consulta: 18/febrero/2008].

Transición Demográfica	1975	2006
Esperanza de vida al nacer	64.4 años	77.3 años
Edad promedio de retiro	61.9 años	56.3 años
Tiempo de disfrute de pensión	2.5 años	21.2 años
Proporción de cotizantes activos por pensionado	16.3 : 1	3.7 : 1

Pensionados = 940 %	En 2006 más que en 1975.
Cotizantes = 125%	

México creció
3 veces de 1960 a 2006.

El ISSSTE creció
20 veces.

En materia de salud	Otros Servicios y Prestaciones
❖ Continuar con el déficit de 5 hospitales de especialidades, 10 hospitales generales y 40 clínicas de atención primaria.	❖ Descapitalización del fondo de préstamos personales.
❖ No renovación de 25 mil equipos obsoletos.	❖ 700 mil trabajadores nunca han recibido préstamos (30% subcobertura).
❖ Consultas de especialidades diferidas hasta 60 días.	❖ De 493 mil infantes potenciales solo se atienden 27,000 el 5.40% de las EBDIS.
❖ 4 años de espera para un trasplante, 8 a 12 meses para cirugía cardíaca, ortopedia de 6 meses de retraso.	❖ Se han restringido programas de capacitación para el trabajo.
❖ Áreas de urgencias insuficientes.	❖ Tiendas y Farmacias insuficientes.
❖ Cuadro básico de medicamentos reducido. □	❖ Jubilados y personas de tercera edad, abandonados. □

Apoyándose en estos problemas, además de que ha abandonado el Estado Mexicano sus obligaciones sociales y busca evitar fugas económicas, el gobierno por conducto de los legisladores ha abrogado la Ley del ISSSTE publicada en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF), el 27 de diciembre de 1983 y publicado una nueva con la que pretende lograr que en un plazo de tres años el instituto obtenga recursos frescos para sanear sus finanzas y eliminar el pasivo contingente que arrastra, para ello se hace una profunda reforma que modifica la forma de pensionarse en el futuro y aumenta los porcentajes a cargo de los trabajadores para cubrir los distintos seguros que gozan.

Hasta lo aquí expuesto no es posible identificar el objetivo social del cambio de sistema (proporcionar cierta seguridad de ingresos decorosos para el retiro), pero de antemano se sabía que se introdujo el sistema de capitalización individual con el deseo de usar el sistema de pensiones como un mecanismo para generar capital adicional, con la esperanza de que tal cambio facilitará el desarrollo de mercados de capital más eficiente y, con el tiempo, se llegará a menores tasas de contribución y optimistamente, quizá se pensó, que la clase de desarrollo económico y de política internacional que destruyó los antiguos sistemas no ocurrirá en el futuro en este sistema.¹²

Los trabajadores que se incorporen a la burocracia a partir del 1 de abril del 2007 (fecha de entrada en vigor de la nueva Ley del ISSSTE), comenzando por los 300 000 (trescientos mil trabajadores) sujetos a un abigarrado y lenon contrato de prestación de servicios profesionales o contratado por programa institucional; se basificarán e incorporarán al ISSSTE en los próximos 5 años conforme al artículo cuadragésimo, tercero transitorio, son forzados a entrar directamente a la afo-re pública y a los tres años de vigencia comenzarán a migrar a las afores privadas, sin duda una falacia jurídica para brindarles la protección social que se merecen, serán utilizados como estadística financiera que capitalizará al pensio-nissste.

¹¹ En la página web del ISSSTE esta información ha sido divulgada en las delegaciones del propio instituto del país para generar lo que está ocurriendo en la mayoría de los centros de trabajo de los trabajadores burócratas del país, estableciendo que las razones expuestas son los elementos de peso y valía para el soporte de la vigencia, operación y financiamiento del nuevo sistema pensionario derivado de la entrada en la nueva Ley del ISSSTE

¹² Julio Ismael Camacho Solís, *Relaciones laborales del trabajo universitario*, Editorial Gasca-Sicco, p. 140.

Con esto se agrava con visos de una clara ineficiencia de la prestación de los servicios de salud, porque estos 300 000 trabajadores vendrán a exigir atención con la misma pésima y obsoleta infraestructura médica y de servicios con la que cuenta hoy día el propio instituto y cuya culpa de este deterioro es de ellos mismos por su claridosa y vistosa incapacidad.

La Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS) señala: hay menos justificación para suponer que la capitalización individual incremente la tasa de ahorro de un país y no hay razón para creer que disminuya el costo económico del hecho mismo de hacer frente a una sociedad que envejece. Sin embargo, se señala, si el propósito era un aumento del ahorro nacional, la capitalización individual podía haber formado parte de una estrategia mayor, en donde se hiciera uso de todos los fondos adicionales suministrados a los mercados de capital, empero, al tomar por sí solo el ahorro de las pensiones, se señala que únicamente producirá un incremento modesto en los niveles de ingresos reales o incluso ningún incremento, en el supuesto de que los pasivos de la transición sean financiados con endeudamiento estatal.¹³

Adicionalmente, algunas críticas que se han hecho al sistema de capitalización individual son:

- Que con las cuentas individuales se refleja el deseo de fomentar una mayor responsabilidad individual, y por tanto, implícitamente, se encuentra el deseo de restar importancia al papel del sistema de pensiones como un mecanismo para promover la solidaridad social a través de la redistribución del ingreso. Datos de 2004 muestran que de 32.3 millones de cuentas individuales en las afores, existen 19.4 millones de cuentas inactivas, de las cuales 11 millones son totalmente inactivas y 8.4 millones son cuentas intermitentes (de trabajadores que entran y salen eventualmente de la formalidad).¹⁴
- Que la administración privada de los fondos de retiro tiene que ver más con cuestiones de la filosofía social general y las predicciones sobre la reacción del proceso político a diferentes planes institucionales, más que con consecuencias económicas del cambio, esto es, refleja una pérdida general de confianza en la capacidad administrativa del sector público, sin tomar en cuenta las ventajas o desventajas de la capitalización. Empero, el precio que se paga por cambiar a la administración privada, es mayor por los costos administrativos de la gestión que puede llegar a ser de 25% del total de

¹³ *Idem.*

¹⁴ *Reforma*, 20 de septiembre, 2004.

las cotizaciones de cada trabajador durante toda su vida laboral.¹⁵ En efecto, las afores son un gran negocio no sólo por las cuentas activas sino también por las inactivas, porque de acuerdo con el artículo 37 LSAR, las afores seguirán cobrando comisiones sobre el saldo de una cuenta inactiva, aunque la medida aplica sólo a las que cobran sobre saldos y no para las de flujos, de tal suerte, que durante 2003 obtuvieron utilidades netas por comisiones por un monto de 4 mil 434 millones de pesos, esto significa, que cobraron 156 pesos en promedio por gastos de administración y operación por cada trabajador y obtuvieron 388 pesos de comisiones por cada cuenta, lo que representa 2.5 veces sus gastos,¹⁶ y a la vez, no queda muy claro la diferencia entre las afores caras y las baratas. Lo anterior, ha llevado a modificar la LSAR para reducir las comisiones que tienen un lugar privilegiado sobre los rendimientos, y de esa forma se pretende dar un paso hacia el desmantelamiento del oligopolio que se formó de manera natural desde la entrada en vigor del sistema de capitalización.¹⁷ Sin embargo, es una realidad que el 60% de los afiliados a una afore desconoce cómo funciona el sistema.¹⁸

- Que la pensión es imprevisible (los trabajadores no saben a cuánto va a ascender su pensión en términos monetarios, en términos reales o en relación con sus ingresos laborales anteriores), no hay garantía de que esos ingresos duren toda la vida y mantengan las prestaciones actualizadas con las tendencias vigentes para salarios y precios y son caras de administrar, aumentando artificialmente el costo económico del sistema de ingresos durante el retiro (pensión).¹⁹
- Los sistemas de capitalización individual maduran con más lentitud y requieren más de 50 años para aproximarse a todo su potencial como fuente de ingresos para el retiro.

En estos momentos de crisis financiera mundial, justo cuando a los segurólogos sociales se nos convoca para plantear opiniones en relación a la problemática de la seguridad, en este momento de huracanes financieros, en México vivimos junto a un mundo globalizado que se dice democrático, pero dista mucho de alcanzar una vida democrática, incluyente y participativa.

¹⁵ OIT, Seguridad Social. Un Nuevo Consenso, Ginebra, 2002, p. 27.

¹⁶ *Reforma*, 29 de enero de 2004.

¹⁷ El 23 de septiembre de 2004 la Cámara de Diputados aprobó las modificaciones sobre las comisiones y el traspaso de Afore por más de una vez siempre y cuando sea a una más barata. Lo propio, hizo la Cámara de Senadores el 7 de diciembre de 2004.

¹⁸ CONDUCEF, noviembre, 2004.

¹⁹ OIT, Informe sobre el trabajo en el Mundo 2000, Ginebra, 2000, p. 157.

Ma. Cecilia Escobar²⁰ reflexiona a favor de las cuentas individuales señalando con un síntoma de humanismo financiero que, en un mundo de inequidad en diversos aspectos de nuestra cotidiana existencia y efímera vida seguimos por el camino ahora transitado, lo más seguro es que las contradicciones se profundicen y las desigualdades se exacerben, un sistema pensionario dentro de un mundo financiero que no presenta la posibilidad real en el corto o largo plazo de cambiar a otro sistema para el retiro, de ahí la enorme tarea de informar, educar para que la población asegurada en cuentas individuales, obtenga el mayor beneficio, o enfrente la menor pérdida posible.

Con esta visión el panorama es sombrío a escaso un año de la entrada en vigor de la nueva Ley del ISSSTE, que su matiz más pronunciado es el de que se concibió en un entorno financiero global; nació envuelta en una sábana financiera, cubierta con pañales financieros y su futuro y fracaso lo envuelven en un ropaje todo financiero.

Mendizábal,²¹ la seguróloga social más notable y no menos brillante con una visión fresca y objetiva aún en contra de los segurólogos masculinos, defiende con un enorme compromiso social y personal de defensa y práctica de la seguridad social, en cuanto a la financiación nos refiere que; la financiación contribuye la problemática angular de cualquier sistema de seguridad social y los mecanismos de saneamiento financiero han sido diversos en cada país, sin embargo, la vía utilizada generalmente en la mayoría de los casos ha sido la reducción del núcleo prestacionario y de derechohabientes, y no se diga la enorme desprotección patronal al incumplir con las obligaciones en materia de seguridad social, así como el desmedido aumento de los requisitos y el porcentaje de cotizaciones directas de los trabajadores, patrones y Estado. Estas medidas en países desarrollados cobran un alto costo político, porque reducen el nivel de la calidad de vida de un grupo de ciudadanos, mientras que en países como México tienen poca repercusión en la vida política del país puesto que se está acostumbrado a vivir al margen de la seguridad social.

El derecho a la Seguridad Social es una ordenación de la sociedad en función de una integración dinámica, teleológicamente dirigida a la obtención del mayor bienestar social de las personas y de los pueblos, mediante la justicia social, la justa armonía de los factores que crean riqueza, para poder producir bienestar colectivo que satisface lo material y enaltece la paz espiritual.

El bienestar colectivo de los económicamente débiles; se finca necesariamente en ellos y es por esto por lo que los enemigos del progreso son los más

²⁰ Véase Gabriela Mendizábal Bermúdez, *Reflexiones sobre la financiación de la Seguridad Social*, México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, UAEM, 2006, p. 89.

²¹ *Ibid.*, p. 109.

encontrados detractores de la seguridad social del futuro, las instituciones de seguridad social son las encargadas de la parte de la previsión social obligatoria, que bajo la administración o vigilancia del Estado tiende a prevenir o compensar a los trabajadores por la pérdida o disminución de la capacidad intelectual o física, como resultado de la realización de los riesgos naturales y sociales a que están expuestos.

El seguro social es el instrumento jurídico del derecho obrero por el cuál una institución pública queda obligada, mediante una cuota o prima que pagan los patrones, los trabajadores y el Estado, o sólo alguno de éstos, al entregar al asegurado o beneficiarios que deben ser elementos económicamente débiles, una pensión o subsidio, cuando se realice alguno de los riesgos profesionales o siniestros de carácter social.²²

Ante ello se ha dispersado la psicosis de que la seguridad social amenaza a la libertad, estas contradicciones entre la libertad política y la dependencia, los propietarios del capital ejercen un enorme poder sobre la vida de sus subordinados, sin la debida referencia al bien público, sin ser responsables ante aquéllos cuyo bienestar se determinan a través de decisiones económicas básicas, las peticiones de medidas en pro de un bienestar social y de seguridad social económica son legítimos e inevitables. Por ello se afirma con justificada razón que la lucha de clases aún no termina.

Los principios básicos del estado de bienestar son sencillos, el ser humano tiene derecho como mínimo de bienestar material, el cual incluye alimento, vestido y vivienda decorosa, en segundo lugar son posibles niveles de vida superiores con los recursos naturales existentes y el conocimiento científico, y en tercer lugar el Estado tiene el derecho y debe de actuar cuando falla.

Por ello entendiendo que el Derecho Social como conjunto de normas, principios e instituciones que regulan relaciones jurídicas entre económicamente diferentes, tutelando a la parte más débil.²³

La seguridad social para todos los habitantes del país no puede discutirse como un valioso instrumento de justicia colectiva y de bienestar, distribución equitativa de los ingresos nacionales, por lo anterior afirmo que no hay quién dude de su bondad y a lo que se teme es a su costo monetario. El bien común exige, pues, algunas veces la expropiación, si por el hecho de su extensión, de su explotación deficiente o nula, de la miseria que de ello resulta a la pobla-

²² Roberto Rubio Unive, *Discurso emotivo*, Hermosillo, Sonora, marzo 2005, XLV Asamblea Nacional, AMDTYP5.

²³ Manuel Jiménez López, "Ponencia. El Derecho Procesal Laboral", *Revista Laboral*, año 2005, núm. 150, p. 14.

ción, del daño considerable producido a los intereses del país, algunas posesiones sirven de estadio a la prosperidad colectiva.²⁴

Lograr que la seguridad social como presupuesto necesario de seguridad y estabilidad, es un anhelo tan viejo y humano como el derecho de todo a una garantía de que a cambio de su esfuerzo, que impulsa hacia delante el progreso general, él y su familia estén cubiertos de contingencias y puedan disfrutar de una tranquilidad bien ganada. De acuerdo con el concepto de solidaridad nacional, el anhelo de justicia social va imponiendo, la generalidad en cuanto a la población asegurada, como en lo relacionado con los factores de inseguridad.

La seguridad social surge en los pueblos como un deseo de obtener la satisfacción de derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a la dignidad humana y al libre desenvolvimiento de su personalidad.

Los hombres tienen entre sí dos clases de desigualdades: una natural, la edad, la fuerza, la perfección de los sentidos, la inteligencia, la sensibilidad; la otra adquirida, como es la fortuna, la propiedad, la instrucción, la experiencia y la consideración pública. El fin de la unión social es reducir la desigualdad o al menos hacerla tolerable. Es por la unión de las fuerzas sociales más poderosas que cualquier individuo, para que puedan protegerse todos; varias inteligencias reunidas se fortalecen, se desarrollan y protegen a los hombres. El hombre encuentra lo necesario en el tributo que la sociedad exige al opulento, todas nuestras instituciones deben tender a proporcionar a todos al menos lo necesario, en una sociedad bien organizada, la desigualdad debe ser combatida incisamente, manteniendo entre los hombres un cambio continuo de servicios que multiplique sus relaciones y sus satisfacciones.

LOS DERECHOS SOCIALES LATENTES Y ADQUIRIDOS

El reconocimiento de los derechos individuales del hombre es el primer avance de la libertad. Los derechos fundamentales, a la vida, el pensamiento, la igualdad, el trabajo y la seguridad jurídica, constituyen una esfera de acción libre e idéntica para todos. En la razón y en la naturaleza del hombre se encuentra la definición de justicia, un nuevo orden jurídico debe ser justo, en lo que se concibe lo inalienable con lo equilibrado, derechos públicos subjetivos de garantía perenne.

Conforme a lo que establece y define el *Diccionario de la Real Academia Española*, el adjetivo “latente” significa: Oculto, escondido o aparentemente inactivo; en tanto que “latencia” es la cualidad o condición de latente y, en una segunda

²⁴ Ángel Guillermo Ruiz Moreno, *Los sistemas pensionarios en universidades*, México, Porrúa, p. 79.

acepción, el tiempo que transcurre entre un estímulo y la respuesta que produce, con ello la protección social, los beneficios se adquieren por lo que de ello deriva por ese simple hecho de existir, con ello los hechos, acciones o atributos que emanan de las propias leyes sociales a favor de alguien, como en el caso de los trabajadores asegurados en general y en el caso particular los que sirven al Estado, y por lógica, extensión a su núcleo familiar directo y dependientes económicos, siempre esta obligación a cargo de alguien como lo es el empleador como sujeto obligado, o en última instancia el Estado como refiere la Ley del ISSSTE de manera tan concreta y específica lo establece como disposición aplicable, en tratándose particularmente de la protección social inherente sin duda a garantizar más y mejores sistemas de atención a la salud; programas asistenciales, de los cuales el derecho laboral y el derecho de la seguridad social tienen características al ser derechos humanos emanadas de normas taxativas, de orden público e interés social, irrenunciables e inalienables. Porque, debido a su irrenunciabilidad e inalienabilidad, estos derechos no son simples expectativas, como algunos tribunales, ministros y juristas han pretendido tildar como expectativa jurídica, en contra, por ejemplo, de lo que en sentido jurídico debe catalogarse como de trazo sucesivo, es decir, de momento a momento se van corriendo y entrelazando lo que determina una norma en particular o una ley de aplicación nacional, por lo que se continúan desarrollando poco a poco, de manera progresiva, hasta terminar de completarse tales derechos latentes durante lapsos de tiempo posteriores y sucesivos al momento inicial; entonces no es aquí cuando se culmina dicho proceso, el derecho latente se adquiere en razón de la naturaleza intrínseca de cualquier derecho, desde cuando se promulgó y se puso en vigor, sin que ello pueda afectarle el cambio de la normativa legal o reglamentaria que en un futuro pudiera presentarse, por ello no es correcto considerarle una simple expectativa de derechos futuros e inciertos, sino que aún en formación, son ya derechos, no ejercibles todavía al no estar aún consolidados, pero luego ese derecho en cualquier momento se ejercerá y dará resultados, menoscabando quizás derechos básicos y elementales, pero sin duda existentes con entonces derechos latentes, por ello las condiciones de facto en cualquier momento se pueden dar, por ello es preciso dejar claro que expectativas de derecho y derechos latentes son cosa totalmente diferentes; en particular en el abigarrado tema de la seguridad social se puede determinar con el siguiente ejemplo para ubicarlo en relación a lo de la nueva Ley del ISSSTE; el trabajador asegurado inscrito por el obligado, que es el empleador en el régimen obligatorio de la seguridad social por ser trabajador del Estado, ha conseguido desde el inicio irlos configurando y por lógica se van reconociendo sus derechos y allí están latentes, vivos, intocados. No es pues una simple esperanza,

sino una realidad que requiere de ser reconocida para darle el justo valor que merece; especialmente cuando se intentan cambiar las reglas de consolidación plena de tales derechos, imponiendo mayores exigencias posteriores a las iniciales; y el ejemplo se plasma sin duda alguna en la Ley del ISSSTE y por consecuencia el menoscabo en servicios de salud y asistencia pero sobre todo protección social para los asegurados.

Por ello en materia de seguridad social y de derecho del trabajo es el Estado quien garantiza las disposiciones constitucionales, como garante y responsable que los derechos sociales se cumplan en un anhelo de justicia social y sobre todo, de salud pública para sus habitantes.

Por ello el tema de la protección social, la propia OIT ha establecido de manera sintética, que la protección social nacional en general, está conformada por diversos sistemas de protección que, aunque en apariencia similares todos, se distinguen perfectamente los unos de los otros, entre ellos; la asistencia social, la previsión social y naturalmente la seguridad social.

Puede argumentarse que entre el desarrollo social de un país y la evolución de las modalidades, objetivos y logros de su sistema de seguridad social, existe una profunda vinculación. Es por ello que una forma para promover el crecimiento de una nación, radica en el impulso de las diversas modalidades de seguridad social imperantes en su sistema jurídico, aquí es donde el reclamo generalizado indica que el Estado es incapaz de solventar la evolución y el bienestar de la seguridad social, toda vez que es la obligación fundamental el garantizar los gastos que esto ocasiona para garantizar los fines de la justicia social. Cuando se lee o analiza una ley generalmente enfocamos nuestra atención a sus distintos capítulos y pocas veces se abordan los artículos transitorios, sabedor de esto, las autoridades desde hace algunos años y con cierto dolo, han establecido en ellos la esencia de la reforma que se hace a una determinada ley, tal como ocurre con la nueva LISSSTE, es decir, al leer el contenido de los distintos capítulos, títulos y secciones no se aprecian cambios que afecten los derechos de los trabajadores; sin embargo, en los 47 artículos transitorios que constituyen la “letra chiquita” de la Nueva LISSSTE está la esencia de la reforma. Su análisis obliga a quienes lo quieran hacer, a allegarse una serie de conocimientos legales, financieros y actuariales para entender las fórmulas que contiene y realizar el cálculo correspondiente para conocer la cantidad que el Estado le entregará a cada trabajador que opte por pensionarse o por recibir el bono que se les ha ofrecido. Después de realizar tales cálculos, cada quien podrá decir por sí mismo, si esta reforma es o no lesiva a sus intereses.

Primero. La presente ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el *Diario Oficial de la Federación*, con excepción de los artículos 42, 75, 101, 140 y 199, los cuales entrarán en vigor el 1 de enero de 2008.

Comentario: La importancia de este artículo reside en el hecho de que con él, el Estado establece un término de ocho meses para que entren en vigor las disposiciones que tienen que ver con el financiamiento del seguro de la salud; las aportaciones de dependencias y entidades al seguro de riesgos de trabajo; los depósitos de las cuotas y aportaciones del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez en la subcuenta de la cuenta individual del trabajador, conforme a las disposiciones de la Consar; el financiamiento del seguro de invalidez; el financiamiento de préstamos personales y el financiamiento de los servicios sociales y culturales.

Segundo. A partir de la entrada en vigor de esta ley, se abrogará la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el día 27 de diciembre de 1983 con sus reformas y adiciones, con excepción de los artículos 16, 21, 25 y 90 bis B, mismos que entrarán vigentes hasta el 31 de diciembre de 2007.

Comentario: Dicho en otra forma, los artículos que seguirán vigentes se refieren al pago de la cuota fija de 8% para cubrir seguros de medicina preventiva, enfermedades, maternidad, rehabilitación física y mental; préstamos a mediano y corto plazo; bienestar y desarrollo infantil; prima para el pago de jubilaciones y gastos generales de administración; la aportación de 17.75% a cargo de las dependencias y entidades públicas.

Tercero. Se mantendrán en vigor todas las disposiciones reglamentarias y administrativas que no se opongan a la presente ley, hasta en tanto se expidan las normas relativas al presente ordenamiento.

Comentario: Lo anterior significa que todos los reglamentos administrativos que actualmente existan y que tengan su origen en la ley abrogada seguirán aplicándose hasta el momento que se expidan las nuevas disposiciones.

Cuarto. A los trabajadores que se encuentran cotizando al régimen del instituto a la fecha de entrada en vigor de la presente ley, se les reconocen los periodos cotizados con anterioridad.

Comentario: Es decir, a todos los trabajadores se les reconoce el número de años que llevan cotizando al ISSSTE.

Quinto. Los trabajadores tienen derecho a optar por el régimen que se establece en el Artículo Décimo Transitorio o por la acreditación de Bonos de Pensión del ISSSTE en sus Cuentas Individuales.

Comentario: Cabe decir respecto a esta disposición que al trabajador se le da la opción de escoger:

- A) Pensionarse, o
- B) Se le acredite el bono de pensión del ISSSTE.

Si elige la primera opción debe acogerse a lo establecido en el Artículo Décimo en los siguientes términos:

I. A PARTIR DE LA ENTRADA EN VIGOR DE ESTA LEY
HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2009

Los trabajadores que hubieren cotizado 30 años o más y las trabajadoras que hubieren cotizado 28 años o más, tendrán derecho a pensión por Jubilación equivalente al 100% del promedio del Sueldo Básico de su último año de servicio y su percepción comenzará a partir del día siguiente a aquél en que el Trabajador hubiese disfrutado el último sueldo antes de causar baja.

Los trabajadores que cumplan 55 años de edad o más y 15 años o más de cotización al instituto, tendrán derecho a una Pensión de retiro por edad y tiempo de servicios equivalente a un porcentaje del promedio del Sueldo Básico de su último año de servicio que se define en la fracción iv.

Sexto. Para los efectos señalados en el artículo anterior, dentro de un plazo que no excederá del 31 de diciembre de 2007, se realizará lo siguiente:

- I. El instituto acreditará el tiempo de cotización de cada trabajador de acuerdo con la información disponible en sus registros y base de datos, así como con la que se recabe para este fin, de conformidad con los programas y criterios que estime pertinentes.
- II. Con base en la información relativa al tiempo de cotización acreditado de cada trabajador, el instituto entregará a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público el cálculo preliminar de los importes de los Bonos de Pensión del ISSSTE que les correspondan;
- III. A través de los mecanismos que estimen pertinentes, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y el instituto en todo lo necesario para integrar la documentación e información requeridas para la acreditación de tiempo de cotización, el Sueldo Básico y el cálculo del Bono de Pensión de los Trabajadores, así como para informar a éstos sobre las opciones y derechos correlativos.

Comentario: Con esta disposición el ISSSTE además de recabar las cotizaciones y todos los documentos que los trabajadores requieran para obte-

ner el bono, estará comprobando la verdadera antigüedad de cada uno de ellos.

Séptimo. A partir del día 1 de enero de 2008 los trabajadores tendrán seis meses para optar por el régimen previsto en el Artículo Décimo Transitorio o por la acreditación de Bonos de Pensión del ISSSTE.

Dentro de ese plazo, en caso de que el trabajador considere que su Sueldo Básico o tiempo de cotización son diferentes a los que le sean acreditados como base para el cálculo preliminar de su Bono de Pensión, tendrá derecho a entregar al instituto, para que realice la revisión y ajuste que en su caso correspondan, las hojas únicas de servicio que para este efecto le expidan las Dependencias y Entidades en que hayan laborado, con el propósito de que los ajustes procedentes le sean reconocidos en el cálculo del Bono de Pensión, como parte de los elementos necesarios para sustentar su decisión.

La opción adoptada por el trabajador deberá comunicarla por escrito al instituto a través de las Dependencias y Entidades, en los términos que se establezcan y se le haya dado a conocer, y será definitiva, irrenunciable y no podrá modificarse. El formato que se apruebe para ejercer este derecho deberá ser publicado en el *Diario Oficial de la Federación*.

Comentario: Este artículo responde a la pregunta que hacen los trabajadores en relación a qué tiempo tienen para optar por la jubilación o por el Bono del ISSSTE, es decir, tienen hasta el último de junio de 2008 para decidir.

Octavo. Los trabajadores que hubieran optado por el régimen del Artículo Décimo Transitorio, en ningún caso tendrán derecho a la acreditación de Bonos de Pensión del ISSSTE.

Comentario: En otras palabras, si se optó por jubilación no se tiene derecho al Bono de Pensión del ISSSTE.

Noveno. El valor nominal de emisión expresado en unidades de inversión de los Bonos de Pensión del ISSSTE que se calculará a cada trabajador será el que se determine.

En este punto presento, de manera textual, las partes conducentes del Artículo Décimo Transitorio de la nueva LISSSTE, para analizarlo parte por parte, y así los trabajadores lo conozcan y lo manejen en detalle, lo que es vital.

Artículo Décimo Transitorio de la Nueva LISSSTE

A los trabajadores que no opten por la acreditación de Bonos de Pensión del ISSSTE, se les aplicará las siguientes modalidades:

I. A partir de la entrada en vigor de esta ley hasta el treinta y uno de diciembre de dos mil nueve.

Comentario: Para amortiguar el golpe a los trabajadores, con evidentes fines políticos, hasta diciembre de 2009 los trabajadores en activo se podrán seguir jubilando y pensionando exactamente en los mismos términos que conforme a la anterior LISSSTE; en suma exactamente igual que ahora. Precisamente con base en esta fracción I del Artículo Décimo y que sólo durará poco más de dos años; se pretende engañar a los trabajadores en activo diciéndoles que no van a perder ningún derecho (sabemos que después de los dos primeros años se va a incrementar cada dos años la edad exigida al trabajador para acceder a la jubilación o pensión, y se les reduce el salario básico para el cálculo de la jubilación o pensión).

a) Los trabajadores que hubieren cotizado 30 años o más y las trabajadoras que hubieran cotizado 28 años o más, tendrán derecho a pensión por jubilación equivalente al 100% del promedio del Sueldo Básico de su último año de servicio y su percepción comenzará a partir del día siguiente a aquél en que el trabajador hubiese disfrutado el último sueldo antes de causar baja;

Comentario: Esta fracción e inciso permiten poner el siguiente ejemplo:

Si un trabajador cotizó 30 años, o una trabajadora 28 años, tendrán derecho a una pensión por jubilación del 100% del promedio del sueldo básico de su último año de servicio, así, si los sueldos que percibió durante el último año de servicio fue la cantidad de \$54 750 al dividirlos entre los 365 días del año, da como resultado la cantidad de \$ 150.00 diarios que al aplicarle el 100% del porcentaje autorizado da los mismos \$ 150.00 que al ser multiplicados por 30 días da como resultado \$ 4 500.00, será la cantidad que reciba el trabajador por concepto de pensión.

$$\begin{aligned} & \$ 54.750 / 365 \text{ días} = \$ 150.00 \cdot 100\% \\ = & \$ 150.00 \cdot 30 \text{ días del mes} = \$ 4\ 500.00 \end{aligned}$$

b) Los trabajadores que cumplan 55 años de edad o más y 15 años o más de cotización al Instituto, tendrán derecho a una pensión por retiro por edad y tiempo de servicios equivalente a un porcentaje del promedio del sueldo básico de su último año de servicio que se define en la fracción IV, de conformidad con la siguiente tabla:

15	años de servicio	.....	50%
16	años de servicio	.....	52.50%
17	años de servicio	.....	55%
18	años de servicio	.....	57.50%
19	años de servicio	.....	60%
20	años de servicio	.....	62.50%
21	años de servicio	.....	65%
22	años de servicio	.....	67.50%
23	años de servicio	.....	70%
24	años de servicio	.....	72.50%
25	años de servicio	.....	75%
26	años de servicio	.....	80%
27	años de servicio	.....	85%
28	años de servicio	.....	90%
29	años de servicio	.....	95%

Comentario: Conforme a este inciso, si un trabajador tiene 55 años de edad y 19 años de cotización al instituto y durante su último año de servicio su sueldo básico ascendió a \$ 54 750 al dividirlo entre 365 días da como resultado \$150.00 aplicarle el 60% da la cantidad \$ 90.00 que al ser multiplicado por 30 días da como pensión a recibir \$ 2 700.00.

$$\$ 54\,750 / 365 \text{ días} = \$ 150.00. 60\%$$

$$= \$ 90.00. 30 \text{ días del mes} = \$ 2\,700.00$$

c) Los trabajadores que se separen voluntariamente del servicio o que queden privados de trabajo después de los 60 años de edad y que hayan cotizado por un mínimo de 10 años al instituto, tendrán derecho a pensión por cesantía en edad avanzada equivalente a un porcentaje del Sueldo Básico de su último año de servicio, de conformidad con la siguiente tabla:

60	años de edad 10 años de servicios 40%
61	años de edad 10 años de servicios 42%
62	años de edad 10 años de servicios 44%
63	años de edad 10 años de servicios 46%
64	años de edad 10 años de servicios 48%
65	o más años de edad 10 años de servicios 50%

El otorgamiento de la Pensión por cesantía en edad avanzada se determinará conforme a la tabla anterior, incrementándose anualmente conforme a los porcentajes fijados hasta los 65 años, a partir de los cuales disfrutará de 50% fijado;

Comentario: Por lo dispuesto en este inciso, si un trabajador tiene 63 años de edad y 10 años de cotizar al instituto y durante su último año de servicio su sueldo básico ascendió a \$ 64 000 al dividirlo entre 365 días da como resultado \$ 175.34 al aplicarle 46% da la cantidad de \$ 80.65 que al ser multiplicada por 30 días da como pensión a recibir \$ 2 419.72.

$$\$ 64\,000 / 365 \text{ días} = \$ 175.34. 46\%$$

$$= \$ 80.65. 30 \text{ días del mes} = \$ 2\,419.72$$

Jubilación de los trabajadores en activo (sólo hasta el 2009)

A) Los trabajadores que hubieren cotizado 30 años o más y las trabajadoras que hubieran cotizado 28 años o más, tendrán derecho a pensión por jubilación equivalente al 100% del promedio del Sueldo Básico de su último año de servicio y su percepción comenzará a partir del día siguiente a aquél en que el trabajador hubiese disfrutado el último sueldo antes de causar baja.

Pensión de retiro por edad y tiempo de servicios de los trabajadores en activo (sólo hasta el 2009)

B) Los trabajadores que cumplan 55 años de edad o más y 15 años o más de cotización al instituto, tendrán derecho a una pensión de retiro por edad y tiempo de servicios equivalente a un porcentaje del promedio del Sueldo Básico de su último año de servicio que se define en la fracción IV, de conformidad con la siguiente tabla:

15	años de servicio	.....	50%
16	años de servicio	.....	52.50%
17	años de servicio	.....	55%
18	años de servicio	.....	57.50%
19	años de servicio	.....	60%
20	años de servicio	.....	62.50%
21	años de servicio	.....	65%
22	años de servicio	.....	67.50%
23	años de servicio	.....	70%
24	años de servicio	.....	72.50%
25	años de servicio	.....	75%
26	años de servicio	.....	80%
27	años de servicio	.....	85%
28	años de servicio	.....	90%
29	años de servicio	.....	95%

Pensión de cesantía en edad avanzada de los trabajadores en activo (sólo hasta el 2009)

C) Los trabajadores que se separen voluntariamente del servicio o que queden privados de trabajo después de los 60 años de edad y que hayan cotizado por un mínimo de 10 años al instituto, tendrán derecho a una pensión de cesantía en edad avanzada, equivalente a un porcentaje del promedio del Sueldo Básico de su último año de servicio, de conformidad con la siguiente tabla:

60	años de edad 10 años de servicios 40%
61	años de edad 10 años de servicios 42%
62	años de edad 10 años de servicios 44%
63	años de edad 10 años de servicios 46%
64	años de edad 10 años de servicios 48%
65	o más años de edad 10 años de servicios 50%

El otorgamiento de la pensión por cesantía en edad avanzada se determinará conforme a esta tabla, incrementándose anualmente conforme a los porcentajes fijados hasta los 65 años, a partir de los cuales disfrutará de 50% fijado.

Reglas para el otorgamiento de las jubilaciones y pensiones a partir del 2010

Del año 2010 en adelante, los trabajadores para jubilarse deberán cubrir mínimos de edad que se incrementarán en forma bianual, y para las pensiones, la edad requerida en la anterior LSSSTE, se incrementará también cada dos años. Veamos:

II. A partir del primero de enero de dos mil diez:

Jubilación de los trabajadores en activo (a partir del 2010)

a) Los trabajadores que hubieren cotizado 30 años o más y las trabajadoras que hubieran cotizado 28 años o más, tendrán derecho a pensión por jubilación conforme a la siguiente tabla:

	Edad mínima de Jubilación	Edad mínima de Jubilación
Años	Trabajadores	Trabajadoras
2010 y 2011	51	49
2012 y 2013	52	50
2014 y 2015	53	51
2016 y 2017	54	52
2018 y 2019	55	53
2020 y 2021	56	54
2022 y 2023	57	55
2024 y 2025	58	56
2026 y 2027	59	57
2028 en adelante	60	58

La pensión por jubilación dará derecho al pago de una cantidad equivalente al 100% del sueldo que se define en la fracción *iv* y su percepción comenzará a partir del día siguiente a aquél en que el trabajador hubiese disfrutado el último sueldo antes de causar baja.

Pensión de retiro por edad y tiempo de servicios de los trabajadores en activo (a partir del 2010)

b) Los trabajadores que cumplan 55 años de edad o más y 15 años de cotización o más al instituto, tendrán derecho a una pensión de retiro por edad y tiempo de servicios.

El monto de la pensión de retiro por edad y tiempo de servicios será equivalente a un porcentaje del sueldo que se define en la fracción IV de conformidad con los porcentajes de la tabla siguiente:

15	años de servicio	.....	50%
16	años de servicio	.....	52.50%
17	años de servicio	.....	55%
18	años de servicio	.....	57.50%
19	años de servicio	.....	60%
20	años de servicio	.....	62.50%
21	años de servicio	.....	65%
22	años de servicio	.....	67.50%
23	años de servicio	.....	70%
24	años de servicio	.....	72.50%
25	años de servicio	.....	75%
26	años de servicio	.....	80%
27	años de servicio	.....	85%
28	años de servicio	.....	90%
29	años de servicio	.....	95%

La edad a que se refiere este inciso, se incrementará de manera gradual conforme a la tabla siguiente:

Años	Edad para pensión por edad y tiempo de servicios
2010 y 2011	56
2012 y 2013	57
2014 y 2015	58
2016 y 2017	59
2018 en adelante	60

Pensión cesantía en edad avanzada de los trabajadores en activo (a partir del 2010)

c) Tendrán derecho a pensión por cesantía en edad avanzada, los trabajadores que se separen voluntariamente del servicio o que queden privados de trabajo después de los 60 años de edad y que hayan cotizado por un mínimo de 10 años al instituto.

La pensión a que se refiere esta fracción será equivalente a un porcentaje del sueldo que se define en la fracción IV, aplicando los porcentajes que se especifican en la tabla siguiente:

60	años de edad 10 años de servicios 40%
61	años de edad 10 años de servicios 42%
62	años de edad 10 años de servicios 44%
63	años de edad 10 años de servicios 46%
64	años de edad 10 años de servicios 48%
65	o más años de edad 10 años de servicios 50%

El otorgamiento de la pensión por cesantía en edad avanzada se determinará conforme a la tabla anterior, incrementándose anualmente conforme a los porcentajes fijados hasta los 65 años de edad, a partir de los cuales disfrutará de 50% fijado.

La edad mínima para pensionarse por cesantía en edad avanzada se incrementará de manera gradual conforme a la tabla siguiente:

Años	Edad para pensión por edad y tiempo de servicios
2010 y 2011	61
2012 y 2013	62
2014 y 2015	63
2016 y 2017	64
2018 en adelante	65

Las pensiones a que tengan derecho las personas a que se refiere la tabla iniciarán en 40% en cada renglón y se incrementarán en 2% cada año de edad hasta llegar a la pensión máxima de 50%.

Forma para el cómputo de los años de servicio

III. El cómputo de los años de servicio se hará considerando uno solo de los empleos, aun cuando el trabajador hubiese desempeñado simultáneamente varios empleos cotizando al instituto, cualesquiera que fuesen; en consecuencia, para dicho cómputo se considerará, por una sola vez, el tiempo durante el cual haya tenido o tenga el interesado el carácter de trabajador.

Salario básico para calcular la jubilación y pensiones (se exige una antigüedad de tres años en el mismo puesto y nivel, en perjuicio de los trabajadores, siendo una aplicación retroactiva de la ley).

IV. Para calcular el monto de las cantidades que correspondan por pensión, se tomará en cuenta el promedio del Sueldo Básico disfrutado en el último año inmediato anterior a la fecha de la baja del trabajador, siempre y cuando el trabajador tenga una antigüedad mínima en el mismo puesto y nivel de tres años. Si el trabajador tuviere menos de tres años ocupando el mismo puesto y nivel, se tomará en cuenta el sueldo inmediato anterior a dicho puesto que hubiere percibido el trabajador, sin importar su antigüedad en el mismo;

Comentario: Las pensiones por riesgos de trabajo se sujetarán de inmediato a la nueva LISSSTE. Lo que una vez más golpea los derechos adquiridos por los trabajadores. En tal virtud se contratarán en una institución de seguros con recursos del Gobierno Federal, ya sea a favor del trabajador o de sus beneficiarios (las pensiones a los familiares se otorgan mediante la adquisición del llamado *seguro de sobrevivencia*; esto exactamente igual que en el IMSS).

V. Los Trabajadores a que se refiere este artículo, en caso de sufrir un riesgo del trabajo, y sus familiares derechohabientes, en caso de su fallecimiento a consecuencia de un riesgo del trabajo, tendrán derecho a una pensión en los términos de lo dispuesto por el seguro de riesgo del trabajo previsto en la ley. Para tal efecto, el instituto, con cargo a los recursos que a tal efecto le transfiera el Gobierno Federal, contratará una renta vitalicia a favor del trabajador, o en caso de fallecimiento, el seguro de sobrevivencia para sus familiares derechohabientes;

Comentario: Pensiones de invalidez, para el trabajador y sus familiares en el Artículo Décimo Quinto Transitorio se exigen 15 años de cotización para esta pensión. La nueva LISSSTE sólo de tres a cinco años de cotización según el porcenta-

je de incapacidad determinada, lo que constituye una de las pocas ventajas de la nueva ley que de ninguna manera compensa sus desventajas. Todo parte de un razonamiento elemental, las pensiones por invalidez son excepción, en tanto que las originales por el retiro son regla general.

VI. Los trabajadores a que se refiere este artículo, en caso de invalidez, estarán sujetos a un periodo mínimo de cotización de 15 años para tener derecho a pensión, misma que se otorgará por un porcentaje del promedio del Sueldo Básico disfrutado en el último año inmediato anterior, conforme a lo siguiente:

15	años de servicio	.....	50%
16	años de servicio	.....	52.50%
17	años de servicio	.....	55%
18	años de servicio	.....	57.50%
19	años de servicio	.....	60%
20	años de servicio	.....	62.50%
21	años de servicio	.....	65%
22	años de servicio	.....	67.50%
23	años de servicio	.....	70%
24	años de servicio	.....	72.50%
25	años de servicio	.....	75%
26	años de servicio	.....	80%
27	años de servicio	.....	85%
28	años de servicio	.....	90%
29	años de servicio	.....	95%

PROBLEMÁTICA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES, AMENAZAS Y REALIDADES

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) advierte que a nivel mundial habrá 20 millones de personas en paro, una masa que se añadirá a los 190 millones de desempleados y que se llevará a finales del 2009 a un grueso de 210 millones de personas sin empleo en el mundo. Aunque las previsiones realizadas por la OIT podrían aumentar en la medida en que sigan las afectaciones en sectores claves para la economía, como el automotriz. Además de los otros datos no considerados como la de subempleados, gente que entra y sale de la economía informal, personas con alguna actividad de un par de horas a la semana o por un par de días.

Si la permanencia del empleo es angustiante, la del ingreso no está llevando al siglo XVIII y XIX, la contratación como si fuera a destajo ya no conoce niveles ni cualificaciones. El abaratamiento de la mano de obra alcanza a las profesiones devaluadas con sueldos pobres.

En Europa, jóvenes profesionistas hasta los 40 años forman el nuevo lumen de los "mileuristas", esto es, quienes perciben un ingreso mensual de mil euros que los imposibilita para abandonar el hogar familiar, alquilar en solidario, salvo vivir con amigos o hacerlo en pareja.

En México, arquitectos, economistas, ingenieros son contratados con sueldos de 4 mil 500 pesos mensuales, sin importar la experiencia; y profesiones como la medicina atraviesan por una inestabilidad donde lograr una plaza fija es prácticamente sacarse la lotería. Sobra decir que antes, un postgrado y un doctorado implicaban ascender no sólo en conocimiento, sino en estatus laboral y de nómina, la crisis no conoce de distinciones.

El empleo va abaratare en la medida en que tanta masa de desempleados esté presionando el mercado y manifieste disposición a ocupar el lugar del empleado por un sueldo más bajo y peores condiciones en prestaciones. Precisamente la OIT advierte que el número de trabajadores con ingreso por debajo de un dólar al día aumentará en 40 millones e incrementará en más de 100 millones el grupo de trabajadores con ingreso menor de dos dólares diarios. Lo que hará esta crisis además de que ya sepultó la posibilidad de alcanzar los Objetivos del Milenio, será reducir los niveles de ingreso *per cápita*, dejar más desempleados, abaratar el mercado laboral y ahondar la brecha entre ricos y pobres.

¿Dónde está el Estado Benefactor? En el siglo pasado, una manera de compensar las presiones sociales fue mediante el Estado Benefactor que destinó más dinero a presupuestos orientados a sistemas sanitarios; planes de pensiones; se-

guros por accidentes; protección en el trabajo; esquemas de seguridad social y de planes de vivienda. En algunos países como Suecia o Estados Unidos se fomentó un seguro por desempleo, entonces se deben establecer y fomentar muchos más recursos para la protección social de los derechos adquiridos bajo el esquema del derecho social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la causa fundamental de la obesidad y el sobrepeso es un desequilibrio entre el ingreso y el gasto de calorías. El aumento mundial del sobrepeso es atribuible a varios factores, entre los que se encuentran: Una tendencia a la ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares, pero en cantidades bajas de vitaminas y minerales y otros micronutrientes. Tendencia a una vida más sedentaria con cambios en los medios de transportes y a la creciente urbanización.

La OMS calcula que para 2015 habrá aproximadamente 2 300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad. Este problema, que anteriormente se consideraba propio de los países desarrollados es ya un problema en los países de ingresos bajos y medios, como lo es el nuestro. Independientemente de las limitaciones físicas y la disminución en la calidad de vida, de las enfermedades cardíacas, publicaciones científicas recientes relacionan la obesidad con aumento con la incidencia de enfermedades malignas. Los niveles en sangre de algunas hormonas (adiponectina), aún en proceso de investigación, se están relacionando con la aparición de cáncer de mama, endometrio, próstata y cáncer de colon, especialmente en la obesidad de tipo central.

En nuestro país, la incidencia de cáncer de la vía biliar (vesícula biliar, ductos biliares extrahepáticos, ampulla de vater), es alta, están asociados a la obesidad y a litos (piedra) en la vía biliar y a la resistencia a la insulina. Entre un 10 y 13% del gasto en salud lo absorben las enfermedades crónicas, en particular la diabetes, por lo que hay el riesgo que de no controlar esta epidemia llegará el momento en el que los recursos ya no alcancen para atender las complicaciones de este padecimiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió que de no tomarse medidas inmediatas a nivel mundial sobre todo en países de ingresos medios y bajos, el número de diabéticos podría duplicarse en 22 años. En un estudio sobre el estado de la diabetes a nivel mundial, el organismo señaló que de los 250 millones de personas que viven con esa enfermedad 80% se encuentran en naciones con ingresos medios y bajos.

CONCLUSIONES

Primera: La nueva ley del ISSSTE el fondo y forma afecta de manera personal y directa los derechos laborales y de seguridad social de los trabajadores quebrantando la estructura de los derechos sociales; bursatiliza las pensiones, deteriora derechos adquiridos, burocratiza y subroga servicios de salud.

Segunda: La nueva ley del ISSSTE resulta inconstitucional pues abroga una norma que contiene derechos sociales concedidos al gobernado por el legislador en una norma constitucional al transferir el derecho a la seguridad social al ámbito privado derivando con ello atribuciones al trabajador al contratar con instituciones privadas un seguro concedido que la institución le garantiza con las reglas financieras del mercado y los riesgos de volatilidad y quiebra que hoy vemos.

Tercera: Se deroguen los artículos quinto y décimo transitorio de la nueva ley del ISSSTE ya que, menoscaban los derechos de los trabajadores, reduciendo el ingreso por pensión y aumentando los años de servicio que sin duda reducen su calidad y eficiencia en el trabajo activo.

Cuarta: Las nuevas disposiciones en relación a la mejora de la infraestructura no garantiza la atención de los servicios de salud, ni mucho menos la enorme burocracia en cuanto a servicios administrativos y pensionarios, siempre serán más las necesidades que los recursos.

PARTE III

PROTECCIÓN SOCIAL Y SALUD

REFLEXIONES EN TORNO A LAS BASES SOCIOPOLÍTICAS DEL MODELO FRAGMENTADO DE SEGURIDAD SOCIAL

*Raquel Abrantes Pêgo**

Esta presentación constituye un esfuerzo de análisis en torno a algunas ideas y conceptos del ámbito sociopolítico que han orientado el debate alrededor del tema de la universalidad de la salud como parte de un derecho social a ser otorgado por el Estado. Uno de los objetivos de eventos de esta naturaleza es generar debates que aporten al desarrollo de la protección social en salud como un derecho humano, de manera que pueda movilizarse el talento de la sociedad, con el propósito de conseguir un resultado socialmente aceptado y útil para dar legitimidad a intervenciones públicas efectivas.

Reconocemos que en México existen:

1. Las condiciones y los valores que están en consonancia con las exigencias de una sociedad comprometida con un proyecto de justicia social en el cual la protección social en salud constituye uno de sus instrumentos para su realización.
2. Un esfuerzo sistemático con intención de garantizar la protección social como parte de un proyecto de justicia social.
3. Conocimiento que vincula la falta de acceso y la baja cobertura de las instituciones públicas de salud con fenómenos sociales, como la pobreza, la desigualdad social, los intereses económicos y políticos de grupos, y también con la estructura organizacional fragmentada de los servicios de salud –instituciones de salubridad y asistencia al lado de las de seguro social–

* Investigadora del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

y segmentada por grupo social –trabajadores del Estado, seguro popular, fuerzas armadas, trabajadores del sector privado.

4. Reconocimiento que la estructura organizacional fragmentada y segmentada que responde el porqué hacer en salud, es una fuente de poder para determinados grupos y que, por tanto, no es neutral con relación a la distribución desigual de los recursos tanto financieros como humanos del sistema de salud.
5. Consenso que tener salud es mucho más que acceso a los servicios médicos-asistenciales y que el papel de un sistema de salud no es sólo atender a la enfermedad, es velar por la vida aumentando la capacidad de defenderla por cada uno y por la sociedad en su sentido más amplio posible, y eso implica luchar en contra del sufrimiento, del dolor, la dolencia, y la muerte.

La propuesta para esta presentación es traer algunos puntos para una reflexión organizada en torno a los retos que nos impone la dimensión sociopolítica para la conquista de los derechos en salud, entendiendo esa dimensión como un ámbito de la estructura social que genera constricciones y pautas de conducta institucionalizadas y que plantean desafíos y oportunidades a la acción colectiva de los diferentes actores, incluso del propio Estado. En ese sentido, la intención es vincular la dimensión sociopolítica con la falta de acceso a la salud y tratarla como un factor que, en cierta medida, explica y ayuda a entender porqué a pesar de los esfuerzos continuos en México para garantizar el acceso y mejorar la cobertura, determinados grupos sociales no logran el acceso a la salud; y también plantear los obstáculos político-burocráticos que encuentran determinados grupos sociales para ser considerados sujetos de derecho y ser tratados como iguales.

Las preguntas planteadas y que orientaron la organización de la presentación fueron: ¿Qué fuerzas políticas han moldeado y controlado el sector? ¿En qué valores e ideas se apoyan las reglas y prácticas efectivamente vigentes? ¿Es posible hacer cambios en dirección a un sistema de salud más inclusivo apoyándose solamente en las fuerzas sociopolíticas que dan sustento al marco institucional fundacional? ¿Con qué nuevas fuerzas, actores e ideas puede contarse para impulsar cambios que den sustento a un modelo de salud incluyente?

La presentación está dividida en tres partes: la construcción de la problemática del acceso a las instituciones de seguridad social como parte del derecho a vivir en una sociedad de iguales y, por desdoblamiento, la lectura, desde la economía política, acerca de las dificultades de realizar ese ideal sin promover cambios estructurales más profundos; para finalizar, algunas ideas de cierre.

CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA

El punto de partida de la reflexión está en reconocer que el derecho a la salud, independientemente de la expansión desigual y fragmentada de los servicios públicos asentados en un modelo medicalizante de atención, está sustentado en el principio de la universalidad acoplado con el de obligatoriedad, la unidad de beneficios, la solidaridad y la justicia social redistributiva como base para construcción de una sociedad de ciudadanos. Estos principios, durante el siglo pasado, encontraron eco en los diferentes gobiernos y, en función de los contextos económicos y sociopolítico-institucionales, lograron expandir al ámbito del Estado un sector de salud pública y de seguridad social. Ese ideario estuvo también vinculado con una visión de sociedad basada en la democracia, la igualdad y en el desarrollo económico con bienestar, y que hoy enfrenta serios desafíos, no sólo de orden económico sino también ideológico.

Nos sumamos a los autores, visiones y propuestas de organismos internacionales que desde antes de la ola neoliberal, valoraban y consideraban que el acceso a la salud y la universalidad de la atención, van de la mano con cambios en la estructura del poder sectorial y con las interrelaciones entre los actores clave y la burocracia, para incidir en la dinámica de distribución de los servicios de salud y modificar las condiciones estructurales adversas que impiden que determinados grupos sociales accedan a la seguridad social y a otros bienes públicos.¹ Esto es, lograr cambios en las formas de organizar y de intermediar los intereses, las redes políticas que monopolizan y privatizan al Estado, como en las ideologías predominantes –formal e informal– que, en última instancia, actúa como un filtro que posibilita a ciertos grupos y a ciertas ideas el acceso al proceso de definición de políticas públicas, y a otros grupos quedar excluidos. Muchas investigaciones han evidenciado la presencia de elementos patrimoniales y clientelares en los seguros sociales y en las instituciones de seguridad social, y éstos no son ajenos a las dinámicas del mercado y al autoritarismo.²

Los bajos resultados de las reformas neoliberales hicieron que sectores vinculados con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) reconocieran que “las reformas de las políticas no son suficientes para el éxito, que la

¹ A. González-Rossetti, *La factibilidad política de las reformas del sector social en América Latina*, Serie estudios y perspectivas, Proyecto CEPAL/GTZ “Equidad II”, Unidad de Desarrollo Social, México, CEPAL, 2005, p. 6.

² Véase por ejemplo, en M. Mesa-Lago, 1977, *Modelos de seguridad social en América Latina. Estudios comparativos*, Buenos Aires, Ediciones Siap-Planteos; L. Wilson, R. Cordera-Campo, E. González-Tiburcio, 1992, “Economía Política y seguridad social en México: una aproximación”, en *La seguridad social y el Estado moderno*, México, IMSS-FCE-ISSSTE.

democracia multipartidista no basta para asegurar el éxito político democrático, que mejores leyes no equivalen a mejor justicia”,³ cuando el desarrollo humano no está siendo considerado un bien público capaz de mejorar las capacidades y las posibilidades de abogacía de todos los grupos sociales. Es decir, el Estado se convierte en garante de una institucionalidad “donde los actores individuales, colectivos, de todos los tipos puedan desarrollar sus acción”.⁴ En esa perspectiva, el Estado continuó siendo tratado como “un campo decisivo de acción social y de lucha política”,⁵ y su papel va más allá de la regulación. Está encargado de corregir y evitar todas aquellas situaciones que amenazan la solidaridad y la equidad, en particular, evitando “los circuitos del intercambio de apoyo político por atención al bienestar –constituidos por los partidos, los sindicatos, las burocracias públicas, entre otros– que efectúen una discriminación sistemática en favor de los intereses de las organizaciones dotadas de mayor poder organizativo y reivindicativo y, en menor medida, de las asociaciones con menos capacidad de organización, en desmedro de la mayoría de los ciudadanos que carecen de recursos organizativos y reivindicativos”.⁶

Eso no es un asunto menor ni desconocido ni de ahora. Reconocer estas situaciones supone reflexionar acerca de los vínculos existentes entre estructuras sociales y políticas dominantes, la naturaleza y el sentido de dichas conexiones para la protección social en salud de los diferentes grupos sociales, y el papel que juegan las acciones de los actores en ellas, ya sea para garantizar la legitimidad de una determinada estructura de poder, o bien, para introducir cambios o rupturas en las mismas, teniendo en cuenta que éstas actúan como reproductoras de relaciones sociales.

De ahí los llamados de la Conferencia Económica para la América Latina y el Caribe (CEPAL) por un nuevo pacto social inclusivo, entre representantes del Estado y los actores sociales, entendido como una estrategia de construcción de política social (regulación social) para mejorar el alcance de las instituciones de seguridad social y, por ende, el estado de salud de determinados grupos sociales, frente a los limitados avances de los sistemas reformados para garantizar y promover sociedades más justas, democráticas, con salud para todos (emancipación so-

³ E. Martínez, Taller PNUD-II G, México, 18-19 de octubre de 1999.

⁴ J. Sulbrant, 2000, “Comentarios”, en *La salud en América Latina. De la reforma para unos a la reforma para todos*, Giorgio Solimano y Stephen Isaacs (eds.), Santiago de Chile, CORSAPS, Health & Social Policy, Editorial Sudamericana, p. 153.

⁵ B. Sousa-Santos, *El milenio huérfano, ensayos para una nueva cultura política*, Bogotá, Trotta/ILSA, 2005, p. 11.

⁶ S. Gordon-R., *Ciudadanía y derechos. ¿Criterios distributivos?*, Santiago de Chile, División de Desarrollo Social”, CEPAL, 2003.

cial). También las Naciones Unidas, mediante los Informes de Desarrollo Humano que establecen las bases para la Declaración del Milenio, vinculan el desarrollo humano y las formas democráticas de gobernar, asentadas en múltiples participaciones, y haciendo recomendaciones en ese sentido, descubriendo las asimetrías sociales, estructurales y de poder históricamente constituidas y potencializadas en las últimas décadas con la apertura del mercado y la globalización en curso. Además, hace un llamado para enfrentar los problemas derivados del aumento de la desigualdad social.

Sin embargo, ningún pacto social o proceso de democratización o de inclusión para mejorar el acceso o expandir la cobertura de los servicios de salud sale de la nada ni ocurre naturalmente. Requiere ser construido y en sí mismo se constituye en un desafío empírico que requiere, entre otros elementos, cambios en el contexto político en el que opera el sector y generar las condiciones para la participación de los intereses de los grupos sociales generalmente ausentes, en particular de los no cubiertos por la seguridad social, con el fin de ampliar la base social del propio Estado.

Citando a Carlyle de Macedo, ex director de la OPS, “la concentración del poder y su ejercicio, en correspondencia con la concentración de la riqueza, de la información, de las oportunidades, etcétera, limita y hasta impide el desarrollo y la mejor distribución de sus beneficios”. Los sin ingresos, sin vivienda adecuada, sin educación y sin salud, sin trabajo digno, y que son también y especialmente los sin poder, los que están más expuestos a enfermar y morir, son los que reúnen altas tasas de morbilidad y mortalidad relacionadas con las llamadas enfermedades tanto de la pobreza como del desarrollo y están sin protección social, y no forman parte del poder político que toma las decisiones.

Con la intención de aportar a la reflexión en torno al reto que enfrenta México con relación a ese ideario no del todo cumplido, y que toma forma por medio de la deuda social acumulada con determinados sectores sociales, en particular con los grupos originarios, los que están en el mercado informal, en el campo o en las tareas domésticas, es decir, los que no tienen voz, a continuación se presentan algunos elementos de orden político-social identificados y problematizados por la literatura especializada y por los organismos internacionales, y que son presentados como un obstáculo para avanzar en la ampliación de la cobertura en salud “hacia quienes se ven menos favorecidos por el proceso económico”.⁷

⁷ A. Sen, “Compromiso social y democracia: las demandas de equidad y el conservadurismo financiero”, en *Vivir como iguales. Apología de la justicia social*, México, Paidós Studio, 2000, p. 53.

LOS RETOS

La historia ha demostrado que la economía de mercado “puede producir una enorme prosperidad para algunos sin que esa prosperidad sea compartida por otros”,⁸ y que incluso la prosperidad de unos puede ir acompañada del empobrecimiento continuo de otros, y de efectos negativos tanto en los estilos de vida individuales y de grupo, como en las condiciones de vida y trabajo, alimentos, el acceso a servicios básicos, y en las condiciones ambientales. También existen mecanismos de regulación de la desigualdad que la mantiene dentro de ciertos límites y que impiden caer con demasiada frecuencia en la desigualdad o en la exclusión extremas.⁹

El universalismo y las diferentes propuestas de Sistemas Nacionales de Salud o de expansión de la seguridad social pueden considerarse uno de los dispositivos ideológicos de la lucha contra la desigualdad y la exclusión. Mediante la política social el Estado acaba situando a “los ciudadanos en alguna relación de solidaridad y equidad, redistribuyendo bienes y servicios de tal forma que ahí se forme una nación y no varias naciones”.¹⁰

En efecto, la cuestión social surge con la economía de mercado y con ella la fuerza de trabajo libre asalariado, la idea de revolución o de reformismo que en cierta medida marcaron la historia de los tres últimos siglos, y como parte de ese contexto, la medicina social, la seguridad social como nuevas formas de solidaridad capaces de integrar las conquistas del individualismo y el igualitarismo moderno, el propio socialismo como una propuesta de organización social en sus diferentes versiones, así como la idea de que mediante la acción social se puede cambiar el orden social.

Con base en lo anterior, y en la perspectiva de buscar mayor igualdad y equidad en la distribución de la riqueza, forma parte de la agenda social de hoy fortalecer la participación pública y del espacio público entendido como ámbito donde fluyen las demandas de los diversos segmentos y grupos sociales.¹¹ Garantizar la participación, el debate para promover reformas concertadas y de consenso que amplíen la base social del Estado, está conectado con la naturaleza de nuestras democracias y se refiere a la capacidad de nuestras sociedades de fijar procedimientos inclinados hacia los intereses colectivos de la nación y que sean inclusivos y menos corporativos.

⁸ *Idem.*

⁹ B. Souza-Santos, en *op. cit.*, p. 198.

¹⁰ J. Sulbrandt, en *op. cit.*, p. 153.

¹¹ Z. Barman, *Modernidade líquida*, Río de Janeiro, Jorge Zahar, 2001, p. 41.

La base de esa visión se encuentra, por una parte, en la propia fragilidad de los grupos sociales excluidos del desarrollo, en un estado de pobreza que arrebató la dignidad de las personas, su autoestima y su capacidad de creer que pueden cambiar su situación y que, en última instancia, no logran estar presentes en la esfera pública y, por tanto, están ausentes de los debates y de la toma de decisiones en torno a la distribución de los bienes escasos.

Por otra parte, nuestra sociedad se caracteriza por la concentración de poder en las manos de unos pocos en detrimento de mayorías y minorías, de los que no tienen poder. En la actualidad, unos pocos dominan el mundo económico, social y concentran de forma extraordinaria todos los tipos de capital: económico, político, cultural, científico y tecnológico. El régimen de partido único entró en crisis, sin embargo, hubo muy poca renovación en la composición de los actores que han dominado la escena política y la práctica de las instituciones públicas de salud. Aun predomina la clase política tradicional y algunas investigaciones desarrolladas en México han demostrado la poca participación de la sociedad civil en los procesos de reforma o la fuerte presencia de los mismos actores junto con la persistencia de los mismos mecanismos de negociación.

Algunas investigaciones en torno a la reforma del sector salud y de seguridad social han demostrado que esas reformas prescritas y capitaneadas por los organismos internacionales en alianza y con participación de expertos, aunque puestas en marcha desde el mismo Estado bajo una visión racional-instrumental muy pobre que la definió como una operación esencialmente técnica, neutral, al alcance de cualquier régimen político e institucional y, por supuesto, independiente de la institucionalidad existente en el ámbito de la protección en salud, pretendían prescindir del Estado. Esa reforma debería ser puesta en marcha por un grupo restringido, elitista, de políticos y expertos más preocupados en persuadir al público que en escuchar a la sociedad y, en general, muy poco capacitados para conciliar las diferentes posiciones en conflicto. Así fue en el proceso de reforma de la seguridad social como también con la descentralización.

El resultado fue, en muchos casos, la exclusión de los interesados en la definición o solución de los problemas, reformas que no contemplaron las necesidades en salud de los grupos excluidos y que terminaron por refrendar las estructuras de poder excluyentes que permiten transformar la seguridad social en patrimonio de unos pocos y aumentar la brecha entre los que hacen las políticas y los que las reciben, los que tienen seguridad social y los que no.

De ahí la necesidad urgente de revertir la asimetría existente entre quienes consiguen hacer oír su voz porque tienen una posición de poder político y de negociación colectiva y que, por lo tanto, consiguen la tutela y protección de sus

derechos, y quienes, por tener menos poder e influencia, no logran hacer efectivos esos mismos derechos. La concentración de poder que existe en las organizaciones públicas de salud impide la propia institucionalización de prácticas y procedimientos democráticos que garanticen la transparencia administrativa, la participación popular, espacios públicos y un Estado que funcione en favor de la colectividad y de una mayor responsabilidad social.¹²

En consecuencia, uno de los retos del sector salud en México se refiere a desbaratar los mecanismos reproductores de prácticas autoritarias y de exclusión en las diversas instancias de decisión, tanto en el ámbito de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, como en el social para garantizar una mayor participación del conjunto de actores e intereses presentes en una sociedad en los procesos de toma de decisiones. Entre los mecanismos más conocidos se encuentran: la organización patrimonial y clientelar de los partidos políticos, el acceso privilegiado a la información y a los medios de comunicación, el ejercicio discrecional del poder político, el mantenimiento de monopolios burocráticos injustificados, el rechazo a la democratización de la toma de decisiones y la ausencia de un servicio civil de carrera.

Como consecuencia a lo anterior, otro reto es garantizar en nuestros países una efectiva organización de la sociedad civil que vaya más allá de las organizaciones de algunos intereses económicos y políticos destinados al mantenimiento del *statu quo*. Sin la acción de los ciudadanos y la presencia de los mismos en el espacio público, exigiendo transparencia en los presupuestos y la adecuación de los mismos a las necesidades y demandas de los grupos sociales más vulnerables, no habrá avances hacia la institucionalización de la democracia y, difícilmente, un sistema de protección social que atienda a las necesidades de la población. En ese caso, la organización de la sociedad civil es pensada como productora de acciones políticas capaces de enfrentar actos de los sectores o grupos que tradicionalmente han dominado y privatizado las decisiones públicas, para que tomen resoluciones que permitan una distribución más equitativa de las ganancias del desarrollo. Se trata de una sociedad civil capaz de imponer una agenda pública que tenga como punto principal la elucidación de los mecanismos políticos, económicos y sociales, reforzadores de las condiciones de pobreza absoluta, de hambre, de miserabilidad y de injusticia social.

Otro reto, reconocido también por las Naciones Unidas, se refiere a la construcción de instituciones internacionales más democráticas y que, en última ins-

¹² IDH/2002 "Informe sobre Desarrollo Humano 2002: Profundizar la democracia en un mundo fragmentado", en <<http://hdr.undp.org/en/espanol>> y IDH/2004: "Informe sobre Desarrollo Humano 2004: Libertad cultural en un mundo diversificado", en <<http://hdr.undp.org/en/espanol>>.

tancia, son las que controlan el proceso de globalización y las relaciones entre los Estados Nacionales, entendiéndolo que son actores de presión y que han llevado a una enorme concentración del poder económico por parte de las empresas multinacionales.¹³ En uno de sus documentos, RDH/2002:113-115, demuestra que en el Fondo Monetario Internacional (FMI) y en el Banco Mundial, las voces que cuentan son las de EUA, Japón, Francia, Alemania, Arabia Saudita, la Federación Rusa y el Reino Unido. Estos países detentan la mitad de los votos y en el FMI las directrices financieras son tomadas 100% por hombres y en el Banco Mundial 92% de los directores son hombres y 8% son mujeres. En el mundo de la pobreza las mujeres logran mayores tasas de participación infelizmente.

A MANERA DE DISCUSIÓN

Por todo lo señalado es que se trae a debate la necesidad de discutir la estructura de poder a partir de la cual se busca garantizar la protección en salud para todos, entendiéndola como un medio entre otros muchos y no un fin en sí misma. Aunque existe un consenso en nuestras sociedades, y en la comunidad internacional, en torno a las bases éticas que se sustentan en compromisos de respetar, proteger y cumplir, y de la obligación de realización progresiva con relación a la protección en salud, se sabe que tenemos un largo camino por recorrer. Además, la historia ha demostrado que uno no puede estar seguro de sus derechos sociales a menos que pueda ejercer sus derechos políticos y hacer valer esas facultades en el proceso de elaboración de las políticas sociales. De ahí la importancia de resaltar la interrelación que caracteriza a los derechos humanos y sociales.

El campo del ejercicio del poder político representa una de las amarras más difíciles de romper para la construcción de una protección social en salud que sea capaz de dar respuesta tanto a la desigualdad en la distribución de los servicios, como a la exclusión, particularmente cuando se trata de sociedades caracterizadas por la pobreza estructural. En ese sentido, un programa de bienestar debería de ser parte integral, y constitucionalmente tutelada, de todo proyecto democrático y un instrumento para romper el ciclo perverso de la pobreza que implica la exclusión.

Entendemos que sólo así, en el marco de los derechos civiles y políticos expresados en términos de participación, del derecho a intervenir y canalizar demandas

¹³ De acuerdo con Bonaventura Santos (*op. cit.*) a partir de Clarke 1996: 70% del comercio mundial es controlado por 500 multinacionales y 1% de estas empresas detenta 50% de la inversión directa extranjera.

para la modulación de políticas públicas basadas en la recuperación de valores que, en última instancia, constituyen el sustrato de los derechos sociales, el acceso a los servicios de salud se constituirá en una prerrogativa exigible por la sociedad y no en un privilegio de algunos, y el Estado como garante de ese derecho podrá tanto respetar (abstenerse de obstaculizar el goce del derecho), proteger (prevenir violaciones de estos derechos por parte de terceros) y cumplir (adoptar medidas legislativas, administrativas, presupuestarias y de otra índole adecuadas para lograr su plena efectividad), como también crear condiciones para la realización progresiva de los mismos.¹⁴

Infelizmente, las últimas décadas fueron dominadas por los procesos de reformas, y en ellos se dio mucho valor a la capacidad del gobierno o de los grupos técnico-políticos organizados alrededor de la agenda para persuadir al público, más que a escuchar a la sociedad y ampliar así la base social de toma de decisiones, a gestionar los conflictos mediante negociaciones con los grupos de poder con capacidad de veto. El resultado es la judicialización del derecho a la seguridad social y a la salud, un recurso importante al que muchos grupos sociales recurren y que está siendo interpretado como un indicador de la limitada base de apoyo de las reformas y de la naturaleza restrictiva de las negociaciones de las mismas.

Entramos en el siglo XXI con grandes carencias institucionales y de capacidades para la acción colectiva, y con un capital social disperso que refleja la polarización que existe en nuestra sociedad. La turbulencia financiera agudiza la desconfianza y la inseguridad que impregnan algunos de nuestros espacios públicos, ante lo que algunos optan por refugiarse en los espacios familiares no libres de conflicto, violencia y tensiones, o en los espacios corporativos o clientelares que producen y expresan a la vez nuestras carencias colectivas y públicas. Es urgente hacer eco a las voces que sustentan que la paz, la equidad, la justicia, el combate a la pobreza, la protección social en salud son bienes públicos que deben de ser garantizados por el Estado y susceptibles de satisfacción por medio de diversos medios, entre ellos las instituciones de seguridad social. En consecuencia, apoyar y reforzar las estrategias dirigidas a crear sistemas de protección social menos segmentados en los cuales los beneficios no estén determinados por el nivel de ingreso o por la posición social, sería actuar sobre determinantes estructurales de exclusión y discriminación social, al tiempo en que se contribuiría para la formación de sociedades más justas.

¹⁴ M. Bolis, "El derecho a la salud desde el enfoque de la extensión de la protección social", XV Curso Taller Legislación en Salud OPS/CIESS, 2008.

LAS INICIATIVAS CIUDADANAS EN EL ÁMBITO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES

Gloria Moreno Álvarez*

INTRODUCCIÓN

El sistema de protección social en México adopta los principios de universalidad, solidaridad, obligatoriedad y equidad a semejanza de los demás sistemas de protección social en su versión bismarkiana o del Plan Beveridge. Y sin embargo, plasmar estos principios ha costado más de un siglo de movimientos sociales en los esquemas de protección social europeos, los cuales alcanzaron la universalización, tanto de la cobertura como de los riesgos cubiertos.¹ En México, como en los demás países de América Latina, la cobertura de la protección social no es universal y las posibilidades de que nuestros esquemas de protección social lleguen a toda la población son remotas, si las condiciones del mercado de trabajo no cambian o no se modifica la reglamentación basada en la sociedad del trabajo. Actualmente, el sistema cubre a la población con contratación laboral estable y a sus familiares directos; mientras que 10% de la población total (27% de la población económicamente activa)² que trabaja en el sector informal de la economía no

* Profesora Investigadora de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Campus Oriente.

¹ Bruno Lautier, *Las condiciones políticas de la universalización de la protección en América Latina*, Universidad de París I, IEDS, septiembre de 2005 en <http://ponencia_bruno_lautier.pdf>, p. 8, [consultado el 25 agosto de 2007]. Para México, Gabriela Mendizábal, *La seguridad social en México*, México, Porrúa, 2007, p. 35; *Principios de los seguros sociales en México y Ley del Seguro Social*, México, Porrúa, 2007.

² "Según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2007", en <<http://www.inegi.gob.mx/indicadores%ocupacion%252empleo/2008>>. [Consulta: 27 de septiembre de 2008].

tiene el derecho a la seguridad social, salvo a la asistencia social, la beneficencia pública o al reciente Seguro Popular.³ Si agregamos a esta cifra, el porcentaje de población desempleada, tenemos que más de 50% de la población mexicana se queda al margen de los beneficios derivados de los institutos del seguro social.⁴ Por otro lado, en lo que respecta a la protección social universal, los principios de solidaridad, obligatoriedad, equidad, etc., permanecen plasmados sólo en el papel porque la evidencia muestra que únicamente los trabajadores y sus familiares próximos son derechohabientes de las instituciones sociales; y el resto de la población que trabaja por su cuenta, como la clase media alta y los trabajadores autónomos no son beneficiarios, aunque existe la modalidad “de incorporación voluntaria” y que otorga la posibilidad a aquellos trabajadores autónomos o por cuenta propia (profesionistas y trabajadores del campo), estudiantes y los trabajadores domésticos a afiliarse a la seguridad social y disfrutar de las prestaciones.⁵

Por añadidura, el tema del financiamiento es un grave problema porque ¿cómo puede cubrir a toda la sociedad un presupuesto en salud tan exíguo? El porcentaje que se destina no llega al 4%, insuficiente para las necesidades de las instituciones de seguridad social, a pesar de su autonomía y de que parte de su presupuesto se cubre de forma tripartita, tanto por los trabajadores, empleadores y autoridades del gobierno. Respecto a los riesgos cubiertos por el sistema de protección social, la Ley del Seguro Social Mexicana establece que el seguro social cubra contra los riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez y vida, cesantía en edad avanzada, vejez y retiro, guarderías y otras prestaciones sociales.⁶ Sin embargo, como ya se dijo, sólo los trabajadores con contratos laborales pueden exigir estas prestaciones, mientras que el resto de la población no asegurada carece del derecho a la seguridad social y por consiguiente, la posibilidad de

³ La diferencia entre seguridad social y asistencia pública es que el régimen legal de la primera establece un servicio público obligatorio, exigible y de cumplimiento forzoso, cuyo financiamiento es autónomo y contributivo, mientras que la asistencia social depende de las políticas sexenales, es aleatoria y voluntaria y su financiamiento depende de las políticas sexenales. El Seguro Popular nació en 2001 para cubrir a la población no protegida en materia de salud básica. El financiamiento de este servicio es público y se conforma con cuota social. Véase Javier Moreno Padilla, “La universalización de la seguridad social en México”, en VVAA. *Seguridad social a grupos vulnerables en un mundo globalizado*, Morelos, UAEM, FDYCS, 2008, pp. 45-47.

⁴ En función del contrato de trabajo, los trabajadores quedan asegurados en los siguientes institutos de la seguridad social en México. El ISSSTE atiende a los trabajadores al servicio del Estado. El ISSFAM a los miembros de las Fuerzas Armadas mexicanas y el IMSS a los trabajadores subordinados e independientes. Según el INEGI son 48 813 217 los trabajadores asegurados en 2007. Moreno Padilla, en *op. cit.*, p. 47.

⁵ G. Mendizábal, “Relación de aseguramiento” en *La seguridad social... op. cit.*, pp. 202/211.

⁶ Ángel Guillermo Ruiz Moreno, *Nuevo Derecho de la seguridad social*, México, Porrúa, 2005.

que el principio de equidad predomine en la seguridad social, se vislumbra muy lejana. Asimismo, las condiciones del mercado de trabajo son precarias y sabemos que la mayor parte de la población económicamente activa (PEA) trabaja en la informalidad, por lo que carece de protección social en salud y su situación se agrava aún más si observamos la tendencia de la pirámide demográfica de nuestro país, cuya punta se ensancha con el grupo de población que tiene entre 40 y 60 años, es un grupo numeroso y trabaja en la informalidad.⁷ Para el año 2010, las posibilidades de encontrar un trabajo estable para ese grupo de población se habrán agotado y además tendrá un promedio de edad superior a los 68 años, cuando sus capacidades físicas y mentales estén menguando. Las perspectivas son pesimistas a largo plazo porque sabemos que la mayoría de las contrataciones en nuestro país sigue la tendencia internacional, donde la contratación es temporal y para la población menor de 40 años.

Es relevante señalar que una gran parte de la población marginada de los esquemas de seguridad social es la más vulnerable porque es pobre⁸ y vive en condiciones de precariedad. En esta situación de riesgo se encuentran las madres solteras y los niños y ancianos que no tienen quien les cuide y son más susceptibles de sufrir enfermedades. En este artículo precisamente se aborda la necesidad de favorecer proyectos colectivos ya sea de tipo cooperativo o comunitario que se ocupe de prestar atención a las necesidades de las personas vulnerables. La hipótesis de la que se parte es que debemos impulsar las iniciativas ciudadanas que actúan en el ámbito de la prestación de servicios personales y de ayuda a las familias con enfermos, discapacitados, niños, ancianos, cuyo único objetivo es satisfacer necesidades individuales y colectivas. Estas iniciativas constituyen un tejido social solidario y que es la base de las sociedades que tienen una sólida tradición en la protección social en salud.

Esto no significa que tratemos de relevar las funciones del Estado en el ámbito de la protección social, por el contrario, consideramos que la intervención estatal es fundamental por sus diversas actuaciones para conseguir una mayor convergencia de los resultados económicos. Es decir, el Estado tiene un papel positivo en el funcionamiento de la economía, mediante sus políticas públicas, cuando promueve la igualdad de oportunidades de la población y favorece la mejora del nivel de vida. Sin embargo, a la fecha, el estado de bienestar en nuestro país, ba-

⁷ J. Moreno Padilla, en *op. cit.*, p. 47.

⁸ Nos referimos a los grupos de población vulnerables definido por Guillermo Ruiz Moreno, "Trabajadores migrantes e informales: grupos vulnerables excluidos de la seguridad social", en *Seguridad Social a grupos...*, *op. cit.*, p. 65.

sado en la “sociedad del trabajo” ha sido una promesa “inconclusa”⁹ porque no alcanza a cubrir a toda la población.

En la presente investigación nos preguntamos si existen mecanismos o iniciativas alternativas que permitan paliar la desatención sanitaria en México, y que sufran algunos grupos de población, generalmente los más vulnerables a sufrir riesgos de enfermedad, por falta de prevención.

Los objetivos que se persiguen son los siguientes:

- Destacar la importancia de la economía social en la satisfacción de necesidades individuales y colectivas.
- Coadyuvar al desarrollo y consolidación de las asociaciones de personas que actúen en el ámbito de la prestación de servicios personales y de ayuda a las personas más vulnerables de la sociedad: niños, discapacitados y personas de la tercera edad con problemas de movilidad.

A continuación comenzaremos con la conceptualización del bienestar económico y las vías que tienen los ciudadanos para acceder al bienestar en las sociedades desarrolladas. Después analizaremos las características del desempleo en nuestro país y del mercado de trabajo, para posteriormente destacar los obstáculos que se oponen a la universalización de la protección social en el ámbito de la salud. Y finalmente, definiremos la economía social y hablaremos de las iniciativas empresariales y las asociaciones sin ánimos de lucro que persiguen solucionar necesidades colectivas en el área de la salud.

EL ACCESO AL BIENESTAR: TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

El empleo es la vía más importante para integrarse plenamente a la sociedad y para acceder a un nivel aceptable de bienestar. La otra vía es acceder a las prestaciones sociales derivadas del desempleo¹⁰ y de la protección social. Esta vía no

⁹ Daniel Titelman, “Cobertura, Financiamiento y Organización de los Sistemas de Protección Social en Salud”, Curso Internacional sobre Protección Social, Estructuras, Reformas y Desafíos. Cartagena de Indias, Colombia del 13 al 17 de agosto de 2007. El autor dice que los sistemas de protección social de los países de América Latina se caracterizan por una baja cobertura y una inequidad en la estructura de las aportaciones.

¹⁰ Una parte importante de los gastos contemplados en el capítulo de política social de los estados del bienestar europeos se debe a las prestaciones por desempleo, y que al mismo tiempo el financiamiento de los gastos sociales: “... descansa sobre los impuestos asociados al trabajo, de tal manera que según sea el comportamiento de éste así será también la evolución de los problemas financieros de las instituciones encargadas de llevar a cabo la política social”, Muñoz de Bustillo, “Política social,

es la ideal, pero ante una pérdida de trabajo, un accidente laboral, una enfermedad, etc. la protección social cubre diversos riesgos que permiten mantener un determinado bienestar mientras se consigue un nuevo trabajo. La acción del Estado es importante en la formulación de políticas públicas que favorezcan el acceso al empleo mediante la elevación general del sistema educativo, el sistema de capacitación y orientación para que los trabajadores puedan satisfacer los estándares requeridos por cada actividad de la economía. Y las políticas son contracíclicas: mayor intervención estatal durante la fase de recesión y menor intervención estatal durante la fase ascendente del ciclo económico. En algunos países, el Estado garantiza la provisión pública y gratuita de una serie de servicios sociales en materia de salud, educación, pensiones, etc. y se le conoce como Estado del Bienestar.¹¹ De tal manera que cuando una persona no tiene empleo accede a otra serie de prestaciones que le permiten no estar excluida de la sociedad. En nuestro país, lamentablemente, no es así, si una persona tiene trabajo estable accede a la seguridad social, pero si no encuentra empleo estable, no tiene derecho a recibir prestaciones sociales. Esto significa que en México no se ha conseguido la universalización de los sistemas de protección social y más de la mitad de la población total carece de estos beneficios sociales.

Desde el punto de vista jurídico, nuestro sistema de protección social contempla la universalidad aunque en la realidad no se alcance, a pesar de la “rica tradición en materia de derechos sociales” de nuestro país, pero que en opinión de un especialista, “desde la última década del siglo xx, los gobiernos neoliberales han abandonado”,¹² para no seguir avanzando con las disposiciones sociales que emanan de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y la protección social en nuestro país, en vez de avanzar ha tenido que retroceder. Si se incluyera en el debate sobre protección social, el valor de la salud de los trabajadores en su rendimiento laboral, y no se confundiera con los costos financieros que implica tener redes e instituciones de seguridad social, tendríamos elementos suficientes para incluir a los trabajadores informales y a otros grupos vulnerables dentro de la protección social.

cap. 11, en *Introducción a la Unión Europea: Un análisis desde la economía*, Madrid, Alianza Universidad Textos, 1997, p.175.

¹¹ En Europa todos los países tienen un Estado del bienestar que garantiza la provisión pública universal de una serie de servicios sociales en materia de salud, educación, Muñoz de Bustillo: “Economía de mercado y Estado de Bienestar”, en *Crisis y futuro del estado de bienestar*, Madrid, Alianza Universidad, 1989, pp. 23-79.

¹² A. G. Ruiz Moreno, “Trabajadores migrantes e informales”, en *Seguridad social a grupos...*, op. cit., p. 66.

Es relevante destacar que la protección social tiene efectos productivos muy importantes y que resultan de las mejoras de las capacidades productivas de la población protegida. Es evidente que una población sana, o con un nivel de educación superior tenga mayores rendimientos que una población enfermiza y con estudios básicos. Y los gobiernos deberían analizar la importancia de las políticas de protección social sobre el funcionamiento de la economía, en otros trabajos de investigación se ha demostrado el papel positivo de la intervención estatal por medio de las políticas sociales para mejorar la atención de los servicios de salud y elevar el nivel educativo de la población para impulsar el desarrollo económico de México, en el entendido de que una población bien alimentada, sana y bien formada tiene un mejor desempeño y es potencialmente más productiva.¹³

LAS CARACTERÍSTICAS DEL DESEMPLEO Y DEL MERCADO DE TRABAJO

Las condiciones económicas de nuestro país se han modificado por cuanto ha habido una mayor integración a la economía internacional lo que ha supuesto un cambio en el entorno socioeconómico. La teoría tradicional de la política económica fue elaborada bajo los supuestos de una economía nacional relativamente poco abierta al exterior, supuesto efectivamente razonable en el siglo xx, pero que ha perdido vigencia en nuestros días porque ahora tenemos una economía abierta y con tendencias hacia una mayor liberalización. En el proceso de internacionalización de las actividades económicas nacionales se ha transformado el contexto económico y social de nuestro país.

Cuando se sentaron las bases de la protección social en México en los años 40 y 50,¹⁴ las condiciones internacionales de trabajo eran diferentes: los empleadores necesitaban mano de obra estable y en buen estado de salud; y en ese contexto se origina el modelo de protección social europeo (1945-1975), a partir de la extensión progresiva de los derechos sociales y con una base mayoritaria de asalariados estables.¹⁵ Sin embargo, hoy en día las condiciones internacionales se han modificado y los modelos europeos no pueden imitarse porque la estabilidad del personal ocupado se ha reducido. Los empresarios ya no necesitan una mano de obra estable y en buenas condiciones de salud, por el contrario, la visión

¹³ G. Moreno Álvarez, "Morelos: política social y desarrollo económico", en *Perspectivas económicas y sociales de Morelos: Un enfoque regional*, Cuernavaca, UAEM, 2007, p. 66.

¹⁴ En 1943 se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social y en 1959 el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado.

¹⁵ Además había que desactivar la amenaza comunista y el sindicalismo revolucionario, véase B. Lautier, "Las condiciones políticas de la universalización...", en *op. cit.*, p. 1.

neoconservadora ha impugnado la estabilidad y preconiza la desregulación de los contratos laborales para flexibilizar el mercado de trabajo.¹⁶ Esto significa que los empleos se ofrecen temporalmente y en función del rendimiento del trabajador. Si su trabajo no es rentable a la empresa, ya no se le incorpora en la nómina, los contratos son muy flexibles y temporales.

Actualmente, las formas de contratación que predominan en el mercado de trabajo son: el asalariado precario que no tiene el tiempo necesario para tener derechos a la seguridad social; el asalariado informal que por supuesto no cotiza y; el desempleado de larga duración, que por muchos motivos no ha tenido ni tendrá un empleo estable. Bajo esta perspectiva es difícil aspirar al modelo universalista de los países europeos. Sin embargo, hay autores que opinan que la cuestión de la protección social universal en América latina¹⁷ cobrará actualidad, y defienden dos razones fundamentales: la primera, de tipo económico se debe al “fracaso de las políticas focalizadas”, generalmente éstas son un “barril sin fondo” porque han resultado costosas y las personas beneficiadas, carecen de peso político. El investigador Bruno Lautier, de la Sorbona dice textualmente de las políticas sexenales: “No pueden asumir el rol de las políticas públicas de protección social. No tienen los ‘efectos macroeconómicos’ vía la acción sobre la demanda y la extensión del horizonte temporal de los actores económicos”.¹⁸

La segunda razón que argumenta es de tipo político y está ligada al cambio de posición de las instituciones internacionales como el Banco Mundial, la Organización Mundial del Trabajo, la Comisión Económica para América Latina, etc. y también de los poderes públicos de numerosos países. El cambio, en las instituciones públicas nacionales e internacionales pone de manifiesto una coyuntura política adecuada para avanzar hacia una protección social universal.¹⁹

¹⁶ Puede definirse como “el conjunto de trabajadores en busca de un puesto de trabajo (oferta de trabajo) y el empresariado de todo tipo que necesitan y requieren fuerza de trabajo (demanda de trabajo) véase “Política de empleo” en Fernández, Parejo y Rodríguez, *Política Económica*, 3ª ed., Madrid, Mc GrawHill, 2002, cap. 6.

¹⁷ Según Bruno Lautier el debate sobre la “socialización de la reproducción de la fuerza de trabajo” y la necesidad de la intervención del Estado de los años 1970 a 1985 desapareció del debate con los economistas de ideología liberal. “Las condiciones políticas de la universalización...”, en *op. cit.*, p. 1.

¹⁸ Los efectos macroeconómicos se refieren a la acción positiva de un empleo seguro y estable sobre la demanda; los efectos productivos son los que resultan de las mejoras en las capacidades productivas de la población productiva (mejoras en el nivel de la educación, la salud, etc.); respecto a los efectos políticos, el autor supone el resultado de la protección social y a la creación de un clima laboral pacífico entre los patrones y los trabajadores, *ibid.*, pp. 1 y 6.

¹⁹ “Desde 1998 el Banco Mundial ha creado un ‘departamento de protección social’. La OIT en su 89 Conferencia General de junio de 2001 ‘redescubre’ que la protección social universal es uno de sus objetivos fundamentales desde 1944...”, *ibid.*, pp. 2-3.

Esta toma de conciencia por parte de las instituciones internacionales se deriva de la manifiesta incapacidad de los mecanismos de mercado para reducir las desigualdades económicas y sociales de la población.

En adelante, el debate que tenemos que abordar es si existen las condiciones en nuestro país para adoptar las propuestas que tiendan hacia una protección social universal. Pero mientras los sistemas de protección social de nuestro país no se universalicen, los problemas derivados de la falta de empleo, la inseguridad, la pobreza y la extrema vulnerabilidad de ciertos grupos de población sin seguridad social, etc., ponen en entredicho el modelo actual de globalización.

LAS INICIATIVAS CIUDADANAS EN LA BÚSQUEDA DEL BIENESTAR SOCIAL

Frente al escenario predominante de desigualdad, pobreza, vulnerabilidad, también se están desarrollando iniciativas económicas y empresariales muy variadas y que están al servicio de los intereses tanto individuales como colectivos. A estas formas de organización se le conoce como economía social²⁰ y la unidad productiva es la empresa social.²¹ La economía social nació en Europa y rápidamente se ha extendido por Estados Unidos, América Latina y progresivamente por todo el mundo para enfrentar los riesgos derivados de la falta de empleo y de la carencia de protección social universal.

En Europa, la economía social está muy ligada a la prestación de servicios a las personas, como consecuencia de la forma de gestionar que ha adoptado el Estado de Bienestar surgido de la Segunda Guerra Mundial. Éste ha optado frecuentemente por utilizar las capacidades productivas desarrolladas por la economía social para la provisión de los servicios públicos. En algunos países como Francia, Bélgica o Alemania existe un fuerte sector de mutualidades de previsión y de asociaciones que prestan servicios en los ámbitos de la salud y de los servicios

²⁰ Se le define como el conjunto de empresas y organizaciones que –independientemente de la actividad que realice y de la fórmula jurídica que utilice–, están al servicio del interés individual pero también del interés colectivo y la unidad productiva se le denomina empresa social. Isabel Vidal, “Economía social y globalización” Conferencia celebrada durante el 19 Encuentro Anual de la Johns Hopkins International Philanthropy Fellows en Barcelona, España del 7 al 9 de julio de 2008.

²¹ Es un tipo de empresa que su razón social beneficia a quienes en ella trabajan y no buscan obtener ganancias, sino satisfacer necesidades de la sociedad en la que se desenvuelven. Su lógica no encaja ni en el paradigma de las empresas públicas del sector estatal ni en el de las empresas privadas del sector capitalista. Véase <Definición en Wikipedia>. Empresa social. [Consulta: el 24 de septiembre de 2008].

sociales. En otros países, como Inglaterra, Islandia y Suecia se han organizado en cooperativas.²² En resumen, son organizaciones que actúan en los ámbitos de la agricultura, de la educación, de la salud, del empleo, del respeto ambiental, etc. Y una de sus características más importante es que su objetivo no es la maximización de beneficios.

A continuación describiremos las características de una empresa social:

- Son iniciativas construidas de abajo a arriba, es decir, son iniciativas de los ciudadanos para resolver un problema que de forma individual no se puede resolver.²³
- Son organizaciones que satisfacen un conjunto de necesidades colectivas que el sector privado convencional o el sector público en este momento y en este territorio no las están dando de forma satisfactoria, en lo cuantitativo o en lo cualitativo.
- Como consecuencia, son organizaciones muy próximas al ciudadano, muy próximas al territorio y muy flexibles. Características que le permiten dar respuesta incluso anticiparse a las nuevas necesidades que van surgiendo.²⁴
- Son organizaciones que acostumbran a tener un tamaño pequeño o mediano y son locales.
- Al ser asociaciones de personas se garantiza la democracia porque están al servicio de sus miembros.²⁵
- Su objetivo no es maximizar las utilidades sino el servicio que pueden prestar a sus miembros y socios.²⁶

²² En Islandia el 67% de los consumidores se abastecen en cooperativas y en Suecia 40% de los consumidores son cooperativistas. Véase Dionisio Aranzadi, "El significado de la experiencia cooperativa de Mondragón" en <<http://www.empresasocial.nat/aranzadi.pdf>>. [Consulta: 24 de septiembre de 2008].

²³ Véase la Declaración de Identidad Cooperativa de la Asociación Cooperativa Internacional de 1995: "Las cooperativas están basadas en los valores de la autoayuda, la autorresponsabilidad, la democracia, la igualdad, la equidad y la solidaridad. Siguiendo la tradición de sus fundadores, los socios cooperativos hacen suyos los valores éticos de la honestidad, la transparencia, la responsabilidad y la vocación sociales", en D. Aranzadi, en *op. cit.*, p. 10.

²⁴ Nadie conoce mejor las necesidades individuales o colectivas de una colonia, o de una región, que los propios colonos o habitantes de dicha región. Y además son los que padecen los problemas del desempleo y de la exclusión social.

²⁵ "A la democracia cooperativa se la ha llamado el principio del cooperativismo, por el que los socios, y no el capital son quienes dirigen la empresa. La democracia responde al sentido del valor de la persona y a su responsabilidad. Por la democracia queda eliminada de raíz la alienación del trabajo. De la democracia derivan también los valores de la igualdad y de la equidad", en Ch. Handy, *El espíritu hambriento. Más allá del capitalismo*, Barcelona, Apóstrofe, 1988, p. 23.

²⁶ La estructura financiera se caracteriza por una autofinanciación, el crédito cooperativo y la solidaridad financiera. Es decir, la formación de capital se genera dentro de la empresa mediante la no

- Como consecuencia son organizaciones que están facilitando el desarrollo comunitario y el desarrollo local de una región.²⁷

Estas organizaciones pueden actuar en todos los sectores de actividad económica,²⁸ pero más bien nos referiremos a las mutualidades de previsión social que están relacionadas con la prestación de servicios básicos como la salud, los servicios a la infancia, a la tercera edad, o a las personas con discapacidades o con problemas de movilidad. Estas asociaciones, cooperativas y demás organizaciones ponen de relieve los esfuerzos individuales y colectivos para crear actividades generadoras de desarrollo local y de bienestar social.

En México, la puesta en funcionamiento de mecanismos de economía social puede verse favorecida por los programas gubernamentales de microcréditos y otros programas relacionados que combaten la pobreza. En este sentido, vale la pena estudiar las experiencias de inversión y del microcrédito de Bangladesh que incluye en sus programas proyectos de capacitación, educación para niños, mejoras sanitarias y de hábitos alimenticios "...con el objetivo de maximizar los resultados y de garantizar un desarrollo completo y una salida total de la pobreza".²⁹ Mohammad Yunus, el creador del Banco Grameen de Bangladesh, el banco que concede microcréditos a los pobres sin aval dice que es preciso que los microcréditos se destinen a las empresas que fomenten el desarrollo social y no únicamente tengan fines económicos. Este hombre también ha revolucionado las finanzas no sólo por prestar a los pobres, sino al admitir como sujetos de crédito a las mujeres: "...el microcrédito se concede en un 90% de los casos a mujeres [...] la mujer es el colectivo más excluido [...] y la oportunidad de iniciar una actividad económica [...], le concede una sensación de existencia y un incremento de la autoestima".³⁰

El otorgar créditos a uno de los grupos vulnerables de la sociedad ha sido un éxito en todos sentidos, porque demuestran que las mujeres, según los estudios realizados, son buenas administradoras e incluso mejores que los hombres y es

distribución de beneficios o de excedentes, D. Aranzadi. "El significado de la experiencia cooperativa de Mondragón", en *op. cit.*, pp. 4-5.

²⁷ *Idem.*

²⁸ Actividades productivas relacionadas con la agricultura, la ganadería o la pesca, la industria y los servicios y las formas jurídicas son: las cooperativas de producción, de consumo, de crédito, etc., y a las cuales no nos referiremos en esta investigación.

²⁹ John Hatch, "El microcrédito: eje de desarrollo social y económico de la lucha contra la desigualdad y contra la pobreza", en <<http://focus-ct.barcelona>> 2004. [Consulta: 28 de septiembre de 2008].

³⁰ "Pobreza, microcréditos y desarrollo", en <http://focus-ct.barcelona.2004.org/esp/banco_del_cocinietno/documentos/ficha.cfm.IdDoc=1637>. [Consulta: 24 de septiembre de 2008].

una garantía de que el dinero será bien invertido. La experiencia en Bangladesh ha sido muy positiva: el crecimiento demográfico se ha reducido y la violencia doméstica también se ha reducido, gracias a la incorporación de la mujer a la vida económica. La mujer ya no está tan desvalida y ahora ayuda al marido y a sus hijos. Cuando se brindan oportunidades a las mujeres, muchas veces, también se está apoyando a las familias completas.³¹

A continuación se propone un tejido social compuesto por iniciativas ciudadanas en la organización o asociación de personas, en el ámbito de la prestación de servicios sanitarios y de ayuda a las personas con problemas de movilidad, como es el caso de los adultos mayores o de las personas con alguna disminución, etcétera.

LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL ÁMBITO DE LA SANIDAD

Estas organizaciones pueden actuar en el ámbito del sector salud, particularmente en la prestación de servicios colectivos básicos como, por ejemplo, pres-tando ayuda a las personas de la tercera edad y a las personas con capacidades diferentes. Es una necesidad individual pero que también es colectiva porque en nuestras sociedades la gente vive más años pero carece de seguridad social y necesita atenciones. Una persona mayor no sólo requiere de la atención médica, sino alguien que le recuerde la hora de tomar sus medicamentos, quien le inyecte, le ayude en su higiene personal o le prepare sus alimentos, o a veces requiere de alguien que se los suministre personalmente, que supervise y ayude a que haga un poco de ejercicio, estiramientos, que camine, etc. El adulto mayor no sólo necesita de la ayuda profesional de un geriatra, sino de ayuda y de comprensión en todo momento. La población en edad avanzada entra en una etapa degenerativa y la sociedad no está preparada para afrontar esta situación, y además, esta etapa degenerativa en la que menguan las capacidades físicas es en cierta manera semejante a la de una persona con capacidades diferentes, porque requieren de la ayuda de las personas para solventar sus problemas de falta de movilidad, ceguera, parálisis parcial, etcétera.

La prestación de servicios personales lo pueden desempeñar todas las personas que tienen disposición de servicio y que además vivan la experiencia de tener personas que dependan de ellas. Por ejemplo, los padres que tienen un hijo discapacitado, un abuelo en etapa degenerativa o cualquier persona que tiene a su cargo personas con problemas de movilidad. También las personas que están en

³¹ *Idem.*

el grupo de edad comprendido entre los 40 y los 59 años, y que cuentan con habilidades, actitud de servicio y carácter se pueden insertar en este tipo de iniciativas. También son necesarios los médicos, las enfermeras, los contadores y todas aquellas personas capacitadas para gestionar correctamente una empresa.

Otra necesidad individual pero que también es colectiva es el cuidado de los niños en edad preescolar y escolar. Las familias monoparentales, las madres solteras o en general las mujeres que no pueden incorporarse al mercado de trabajo por distintas causas, pero la más importante es porque no tienen quién les cuide a sus hijos y no tienen dinero para montar un negocio propio. Entonces un grupo de mujeres puede asociarse para poner una estética con una habitación contigua habilitada como guardería para cuidar a sus propios hijos y se van turnando en las diversas tareas que requiere el cuidado, la alimentación y la higiene de los niños con las actividades propias de un salón de belleza: cortes de pelo, tinte, manicure, pedicura. Incluso la profesional en cortes puede enseñar sobre la práctica a las demás mujeres que así lo deseen.

Las personas interesadas en el desarrollo de una empresa democrática y al servicio de los intereses colectivos deben profesionalizarse, es decir, deben aprender las técnicas de gestión y además tomar cursos de capacitación que faciliten alcanzar los objetivos propuestos. La empresa social debe disponer de una reputación de empresa bien gestionada, de empresa transparente, de empresa que explica qué recursos productivos utiliza y cuáles son los resultados que obtiene, debe ser capaz también de cuantificar el valor social añadido que aporta su actividad empresarial.³² En otras palabras, deben actuar como unos verdaderos profesionales cuyas actividades generen desarrollo local por el bienestar social que generen.

Este tipo de asociaciones de personas pueden contribuir asimismo al desarrollo de una región. Nadie conoce mejor las necesidades colectivas locales que los propios vecinos. Además son los que sufren la exclusión o el desempleo. Una región con fuerte presencia social y económica de organizaciones de la economía social, quiere decir que es una región socialmente cohesionada y con un tejido asociativo que facilita la inserción de personas que no encuentran trabajo, y facilita la prestación de servicios personales y además satisfacen necesidades colectivas. En resumen fomentan el desarrollo regional.

³² "La cooperativa es siempre una empresa económica. Las mismas leyes que actúan sobre cualquier empresa económica pesan inexorablemente sobre las cooperativas, sin embargo, nuestra diaria experiencia nos demuestra que es el aspecto seguramente más descuidado por los fundadores de gran número de cooperativas, siendo la causa inminente del fracaso de muchas de ellas", D. Aranzadi, *op. cit.*, p. 3.

CONCLUSIONES

Los pilares del crecimiento sostenido de los países son la educación y la salud de la población, y en México no son la excepción, por lo que nuestro país debe orientar su estrategia en elevar la calidad del nivel educativo de la población y extender los sistemas de seguridad social de forma integral y universal para que todos los mexicanos y especialmente los grupos vulnerables tengan garantizadas y cubiertas sus necesidades de salud y estén bien cubiertos contra otros riesgos como la pérdida de empleo, los accidentes de trabajo, cesantía, viudez, incapacidad, maternidad, etc. Pero mientras se consigue universalizar la protección social, los ciudadanos deben tomar la iniciativa de construir un tejido social solidario que atienda las necesidades colectivas más elementales en el ámbito de prevención de la salud y de la higiene de la población vulnerable y carente de protección social. Estas iniciativas ayudarían a las familias con ancianos con problemas de movilidad, discapacitados, etc., pues mediante prestaciones de servicios personales y de ayuda se mitigan las necesidades colectivas.

Los retos de los sistemas de protección social mexicanos, como sucede a la mayoría de los sistemas de seguridad en el mundo, son el envejecimiento de la población, por el sistema de financiación y la falta de cobertura. Nuestro reto principal es alcanzar los principios de los sistemas de seguridad: universalidad, gratuidad, solidaridad, obligatoriedad y equidad que aún no hemos conseguido: dar cobertura a toda la población y elevar la calidad de los sistemas de protección social, para que éstos puedan garantizar la protección básica a todos los ciudadanos y especialmente a los grupos más vulnerables.

GASTO PÚBLICO EN SALUD EN MÉXICO

*Joaquín Mercado Yebra**

INTRODUCCIÓN

Los servicios de salud son ofrecidos en mayor o menor medida por los gobiernos y, en general, las ciencias sociales como la sociología, la ciencia política, el derecho, la administración pública y otras, no cuestionan la participación del Estado en ese campo. No es el caso de la corriente neoclásica de la ciencia económica que desde los años 80 del siglo pasado, en varios países, ha sido altamente influyente en la elaboración y conducción de las políticas públicas y ha respaldado teóricamente posiciones conocidas como políticas neoliberales que limitan la acción del Estado en la economía.

Sin embargo, una de las ramas de la ortodoxia económica denominada economía del bienestar, acepta la intervención limitada del gobierno en la economía, ya sea por cuestiones distributivas o por la existencia de fallas del mercado que imposibilitan una asignación óptima de recursos, de tal modo que, incluso, las políticas neoliberales como las instrumentadas y profundizadas en México desde 1983, han posibilitado cierto grado de continuidad en las políticas de gasto público en materia de salud.

Las formas de intervención del Estado en el sector salud son variadas, abarcan desde las cuestiones reglamentarias y el establecimiento de mecanismos que permiten ejecutar y vigilar el cumplimiento de las normas, hasta la oferta directa de servicios de salud, donde el monto y el destino del gasto público desempeñan un papel central.

* Profesor Investigador de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Campus Oriente-Economía.

El objetivo de este trabajo es analizar el gasto público en salud en México y su vinculación con las políticas públicas en esa materia. Para tal efecto, en el primer apartado se revisan los fundamentos teóricos neoliberales que respaldan la intervención del gobierno en la oferta de servicios de salud; en un segundo apartado se abordan las políticas en salud conforme se encuentran formuladas en el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012, en el Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo 2008-2012 y en el Programa Nacional de Salud 2007-2012; y, finalmente, se estudia el comportamiento del gasto público en salud en México, conforme a la información estadística de la Secretaría de Salud y el Presupuesto de Egresos de la Federación.

SALUD Y CIENCIA ECONÓMICA

La salud está definida por el Diccionario de la Real Academia Española como el “estado en que el ser humano ejerce normalmente sus funciones” y para la Organización Mundial de la Salud (oms) significa el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.¹

En economía del bienestar, la salud suele ser conceptualizada como un bien privado, toda vez que es fácil la exclusión mediante el mecanismo de precios y es elevado el costo marginal de ofrecer el servicio a una población creciente que lo demanda.

Conforme a los principios estándar de la teoría económica,² la eficiencia en la asignación de recursos de los bienes privados depende de supuestos de difícil aplicabilidad en el mundo real, como el de competencia perfecta donde existe un gran número de oferentes y demandantes con información completa, cuya actuación no tiene efectos sobre los precios y se alcanza el máximo grado de bienestar para el consumidor y la ganancia óptima del empresario, cuando el ingreso marginal es igual al costo marginal y al precio; en ese punto se igualan la tasa marginal de sustitución del consumidor con la tasa marginal de transformación del productor.

Además, cuando los servicios de salud son proporcionados por instituciones privadas, pueden provocar una subutilización de recursos al buscar la maximización

¹ *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, Documentos básicos, suplemento de la 45ª ed., octubre de 2006, <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>, p. 1. [Consulta: octubre 2 de 2008].

² Véase Joseph Stiglitz, *La economía del sector público*, España, Antoni Bosch, 2000.

zación de ganancias, esto es, en caso de que existiera una capacidad instalada ociosa, los costos adicionales de atender a una población mayor serían cero, de tal modo que al establecer un precio que cubre los costos medios más el margen de utilidad, se impide el acceso a usuarios potenciales que estarían dispuestos a pagar el servicio a un precio que cubriera los costos marginales decrecientes.

Desde otra perspectiva, la salud contiene características de un bien público al tener en cuenta la consideración de que no es socialmente deseable la exclusión para quienes no pueden pagar por los servicios de salud, de tal forma que, la oms estableció en los principios básicos de su Constitución que “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.³

De igual modo, en 1983 la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos asentó como una de las garantías individuales que:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción *xvi* del artículo 73 de esta Constitución.⁴

Parece existir consenso acerca de la necesidad de la intervención del Estado en el sector salud, justificable desde el punto de vista de la ortodoxia neoclásica, en cuanto que atiende fallas del mercado, corrige deficiencias en la distribución del ingreso y eleva las potencialidades productivas de la población; ello ha permitido un mínimo de continuidad en las políticas públicas en ese campo, que provienen de las concepciones del Estado Benefactor que orientaron la creación de los sistemas de seguridad social en los años 30 del siglo pasado, donde la provisión de servicios de salud jugaba un papel central, así como con los principios citados de la oms y de la Constitución Política de nuestro país. El problema reside en que las políticas neoliberales suelen sacrificar las políticas sociales (incluidas las relativas a la salud pública) si ponen en riesgo la salud de las finanzas públicas.

La participación del gobierno en materia de salud se da mediante la emisión de leyes, reglamentos y normas que regulan la actuación privada y pública, así como mediante la vigilancia en el cumplimiento de las leyes y de manera explícita, vía

³ *Constitución de la Organización Mundial de la Salud, op. cit.*

⁴ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, artículo 4, en <<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>>. [Consulta: 3 de octubre de 2008].

la creación y operación de instituciones públicas que invierten directamente y proporcionan los servicios de salud.

Una de las ventajas de la inversión en salud es que genera externalidades positivas, ya que con una población sana se reducen las inasistencias al trabajo, se eleva la productividad de la mano de obra y se minimizan los riesgos de contagio de enfermedades; la función de producción y el crecimiento de la economía, reflejan una mayor o menor productividad del trabajo dependiendo del grado de salud del trabajador.

Joseph Stiglitz,⁵ ofrece diversos argumentos que favorecen la intervención del Estado en el sector salud, que se glosan a continuación:

En el campo de la salud existe información limitada (e incluso asimétrica) que impide determinar con relativa precisión el precio y el costo de los servicios, ya que los servicios médicos, hospitalarios y los tratamientos no son estandarizados, son diferenciables para el paciente por la localización, el trato, el prestigio, e incluso, un mismo tratamiento suele generar diferentes resultados en pacientes con la misma enfermedad; por ello, no es posible establecer “uniones de consumidores que prueben el producto, sus ventajas y sus inconvenientes”... tampoco se “compran (venden) procedimientos médicos repetidos como trasplantes de corazón, cirugía cardíaca o ni siquiera tratamientos contra úlceras de estómago”.⁶

Además, la información sobre indicadores de gestión en materia de salud es factible que contenga sesgos que conduzcan a errores de interpretación. Por ejemplo, los programas públicos de salud podrían tener distintos grados de cumplimiento tan solo porque cuentan con diferente dotación de recursos, por la falta de oportunidad en la entrega de recursos materiales y financieros o bien, porque varía el grado de intensidad en las enfermedades.

En el sector de la salud existen niveles bajos de competencia ocasionados por oligopolios que controlan gran parte de la oferta, mantienen precios por encima del costo marginal y obtienen ganancias extraordinarias.

Otros factores que limitan la competencia se relacionan con la escasa información sobre el precio, la calidad y otras características de los servicios, además, la diversidad de productos no permite la difusión eficaz de la información. Suele suceder que si un médico disminuye el precio de la consulta para atraer nuevos clientes, éstos pueden pensar que el servicio ofrecido es de mala calidad o por el contrario, si un médico u hospital segmentan su mercado para atender a la población de altos ingresos, lo primero que harán será elevar los precios para excluir a

⁵ J. Stiglitz, *op. cit.*, pp. 48-352.

⁶ *Ibid.*, p. 350.

los pobres y para posicionarse en la mente del consumidor como un servicio de calidad, exclusivo para estratos de población con altos ingresos.

Es factible que los médicos al tener información diferente (asimétrica) a la de sus pacientes la usen en su propio beneficio, ya sea cobrando sobreprecios u otorgando servicios no indispensables; en ocasiones es el médico quien decide sobre el tipo de tratamiento, en qué hospital atender, su equipo médico de apoyo y los precios, sin dejar opciones para el paciente.

La salud es un bien preferente, sobre el cual la población suele no tomar las mejores decisiones, lo que constituye una de las justificaciones para la intervención del Estado mediante la elevación de la oferta de opciones de salud, la intensificación de las campañas de vacunación y la prevención de enfermedades.

En la oferta de servicios médicos también participan instituciones privadas sin fines de lucro cuyo objetivo no es maximizar beneficios o minimizar costos, sino proveer servicios de salud a la población, e incluso en las instituciones públicas participan patronatos y fundaciones diversas de carácter altruista que sufragan medicamentos, gastos médicos y hospitalarios, entre otros rubros.

En suma, en el sector salud son manifiestas las fallas del mercado como la presencia de oligopolios, la información incompleta y asimétrica, las externalidades positivas y negativas; además, participan oferentes que operan sin fines de lucro y se está en la presencia de un bien preferente; todos estos elementos imposibilitan utilizar el mecanismo de precios y el mercado en la asignación de recursos y los óptimos de Pareto, que señalan que la economía provee niveles máximos de bienestar en el punto en que la tasa marginal de sustitución entre bienes que componen la canasta del consumidor iguala la tasa marginal de transformación de la función de producción de las empresas, en ese punto la reasignación de recursos a favor de un grupo social perjudica a otro.

Aun cuando los mercados funcionaran perfectamente, es posible que en equilibrio exista una distribución desigual de los recursos de salud, que exige la intervención del gobierno para su corrección mediante mecanismos normativos, políticas y directamente a través del gasto de las instituciones públicas.

La posición teórica reseñada es consistente con los planteamientos de políticas públicas vinculadas, con el enfoque de focalización impulsado por los organismos financieros internacionales desde finales de los años 80 del siglo pasado, en cuanto que combina la actuación pública con principios de eficiencia, esfuerzos distributivos y mecanismos de mercado. Específicamente el Banco Mundial asentó:

La evidencia sugiere [...] que la superación de la pobreza rápida y políticamente sostenible se ha logrado al seguir una estrategia que tiene dos elementos igualmen-

te importantes. El primer elemento es promover el uso productivo del trabajo que es el activo más abundante de los pobres. Para lograr ese fin se requiere de políticas que utilicen incentivos de mercado, instituciones sociales y políticas, infraestructura y tecnología. El segundo es proveer de servicios sociales básicos a los pobres. Son especialmente importantes, la atención primaria de la salud, la planificación familiar, la nutrición y la educación básica.⁷

En contextos de disciplina presupuestal, propiciada por tales organismos, el gasto público enfocado en la atención a las necesidades de los pobres, se suponía que produciría los resultados más eficientes en términos de costos y beneficios.⁸

Las políticas en materia de salud en México, expresadas en los planes y programas de desarrollo, en general tienden a cumplir (sobre todo desde el inicio de los años 90 del siglo pasado) con los lineamientos de los organismos financieros internacionales y concuerdan en lo general con la ortodoxia de la ciencia económica.

SALUD Y POLÍTICAS PÚBLICAS

Las políticas públicas, ya sea que provengan de concepciones del Estado Benefactor o de corrientes económicas neoliberales, plantean como uno de sus objetivos prioritarios mejorar las condiciones de salud de la población. Incluso las políticas neoliberales derivadas del Consenso de Washington,⁹ diseñadas a finales de los años 80 del siglo xx, que han orientado las políticas económicas mexicanas desde ese entonces, establecen la necesidad de reordenar las prioridades de gasto público y sugieren que su destino se concentre en favorecer la salud, la educación y la infraestructura.

Ello es reconocido en el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012 (PND) en el sentido de que:

A pesar de que las políticas sociales de fines de los años ochenta y principios de los noventa no siempre obedecieron a criterios adecuados de focalización, o simplemente los criterios de provisión de los programas no alcanzaron a la verdadera población objetivo, debemos reconocer que a lo largo de la segunda mitad del siglo xx

⁷ The World Bank, *World Development Report 1990, Poverty*, USA, Oxford University Press, 1990, p. 3.

⁸ *Ibid.*, p. 4.

⁹ John Williamson, *The Progress of Police Reform in Latin American*, Washington, DC., EUA, Institute for International Economics, 1990, pp. 9-33.

se lograron avances importantes en la cobertura y calidad de los servicios de educación, salud, alimentación e infraestructura básica.¹⁰

La salud constituye una de las principales preocupaciones explícitas del PND, donde aparece como propósito, objetivo o estrategia en varios de sus apartados, conforme se detalla a continuación.¹¹

Como parte del Desarrollo Humano Sustentable, el PND se propone “asegurar para los mexicanos de hoy (dondequiera que radiquen) la satisfacción de sus necesidades fundamentales como la educación, la salud, la alimentación...” y se establece que la salud (al igual que la educación) posibilita la igualdad de oportunidades que facilitará la participación plena de la población en las actividades productivas.

El objetivo nacional de “reducir la pobreza extrema y asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades” tiene entre sus instrumentos garantizar la salud (además de la alimentación, educación, vivienda digna y un medio ambiente adecuado); como estrategia para alcanzar tal objetivo se encuentra la de garantizar la igualdad de oportunidades, ya que al dotar a la población de las “condiciones básicas de salud, las personas en situación más vulnerable podrán aprovechar los sistemas de educación y de empleo”. Se asienta que “el desarrollo humano ha de apoyarse en políticas que de manera transversal contribuyan a la fortaleza de las familias en el orden de la salud, la alimentación, la educación, la vivienda, la cultura y el deporte”.¹²

La salud forma parte esencial de dos de los cinco ejes rectores del PND, específicamente en el eje denominado “Economía competitiva y generadora de empleos” se afirma que la inversión en la cobertura y calidad de los servicios de salud tiene alta rentabilidad social, contribuye a elevar las capacidades, productividad y bienestar de la población, posibilita su inserción de mejor manera en las actividades productivas (como trabajador o emprendedor) y contribuye significativamente al crecimiento económico.¹³

Se asienta que las presiones presupuestales derivadas de los gastos sociales (asociados a la transición demográfica, a la cambiante estructura de los asentamientos humanos y a la superación de la pobreza) implican esfuerzos adicionales para incrementar los recursos financieros no deficitarios basados en una estructura fiscal equitativa, promotora de la productividad, del bienestar, el empleo y con

¹⁰ *Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012 (PND 2006-2012)*, México, pp. 23-24, <http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/pdf/PND_2007-2012.pdf>. [Consulta: 2 de octubre de 2008].

¹¹ *El Programa Nacional de Salud 2007-2012* y el *Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo 2008-2012*, se apegan y dan contenido a los lineamientos generales del PND.

¹² *Ibid.*, pp. 26-27.

¹³ *Ibid.*, pp. 34, 83, 85, 89.

el uso de instrumentos focalizados que permitan que la atención llegue a quien lo necesite y se incida en el bienestar de la población.¹⁴

La salud tiene también implicaciones distributivas, principalmente delineadas en el eje rector denominado igualdad de oportunidades, en tanto que busca “garantizar el acceso a los servicios básicos (agua, alimentación, salud, educación, vivienda y recreación...) [para] todos los mexicanos. En el campo de la salud se buscará lograr una cobertura universal”.¹⁵

Una de las estrategias planteadas en el PND para evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, consiste en “garantizar (a todos los mexicanos) el acceso universal a servicios (de salud) de alta calidad y protegerlos de los gastos causados por la enfermedad”.¹⁶

Esta universalización de los servicios de salud, significa en la práctica avanzar en la incorporación de los segmentos de población de más bajos ingresos al Seguro Popular, así como a los programas para no asegurados de que disponen la Secretaría de Salud y el IMSS.¹⁷ Para la política actual, universalización no significa garantizar todos los servicios de salud para toda la población del país.

Cabría esperar que los propósitos, objetivos, metas de cobertura y de redistribución de los recursos en salud, así como las estrategias y líneas de acción se reflejen en el monto, composición y destino del gasto público destinado a la salud y que, además, los indicadores de salud sean congruentes con tales objetivos y metas.

GASTO PÚBLICO EN SALUD EN MÉXICO

El sistema de salud en México (Sistema Nacional de Salud) tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud y está constituido por entidades públicas (federales, estatales y municipales), sociales y privadas que prestan servicios de salud, cuya coordinación está a cargo de la Secretaría de Salud.¹⁸

¹⁴ *Ibid.*, pp. 91, 93, 94.

¹⁵ *Ibid.*, pp. 35, 153.

¹⁶ (PND, 2006-2012), *op. cit.*, p. 172.

¹⁷ H. Cámara de Diputados. Nota Informativa, *Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2008*, Sistema de Protección Social en Salud, Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, 07 de Noviembre 2007, notacefp/062/2007, <<http://www.cefp.gob.mx/notas/2007/notacefp0622007.pdf>>, p. 1.

¹⁸ *Ley General de Salud, artículos 5° y 7°*, (Últimas Reformas DOF 14-07-2008), en <<http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>>. [Consulta: 5 de octubre de 2008].

El Estado mexicano cuenta con diversos instrumentos (legales, fiscales, presupuestales e institucionales) para cumplir con el mandato constitucional de garantizar la protección de la salud de la población, en ese sentido, la actual administración pública asienta que se privilegiará al gasto público, antes que al sistema tributario, como el instrumento para otorgar apoyo al bienestar de grupos poblacionales y sectores económicos, mediante la dotación de salud, entre otros servicios básicos.¹⁹

El gasto público es uno de los principales instrumentos con que cuenta el gobierno para incidir en el bienestar de las familias e impulsar el crecimiento económico, no obstante que su definición sea “de carácter esencialmente jurídico: el gasto es una erogación nacida de la voluntad estatal o por emanar de un órgano o institución de carácter estrictamente público”.²⁰

El concepto de gasto público federal se encuentra perfectamente delimitado en el artículo 2º de la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal, al establecer que comprende las erogaciones por concepto de gasto corriente, inversión física, inversión financiera, así como pagos de pasivo o de deuda pública, y por concepto de responsabilidad patrimonial, que realizan los poderes Legislativo y Judicial; la Presidencia de la República, las secretarías de Estado, departamentos administrativos y la Procuraduría General de la República, el Gobierno del Distrito Federal, los organismos descentralizados, las empresas de participación estatal mayoritaria, los fideicomisos en los que el fideicomitente sea el Gobierno Federal, el Gobierno del Distrito Federal o alguna entidad pública.²¹

Se infiere que el gasto público total en salud incluye las erogaciones realizadas por la Federación, así como por las efectuadas por entidades (instituciones, dependencias, organismos, empresas y fideicomisos) estatales y municipales, conforme a la legislación aplicable.²²

Conforme al Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) para 2009, sometido el 8 de septiembre de 2008 por el Poder Ejecutivo a consideración de la Cámara de Diputados, el gasto del Ramo 12 Salud, asciende a 76.7 miles de

¹⁹ Pronafide, *op. cit.*, p. 131.

²⁰ J. Ayala Espino, *Economía del sector público mexicano*, México, UNAM-Esfige, 2005, p. 142.

²¹ *Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal, TEXTO VIGENTE* (Última reforma aplicada 10/04/2003), en <http://www3.diputados.gob.mx/camara/content/download/5154/27838/file/pre_cont_gastopub.pdf>. [Consulta: 3 de octubre de 2008].

²² Véase por ejemplo, para efectos de gasto estatal y municipal la “Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público del Estado de Morelos, artículo 2º”, Publicación Oficial 3730, *Periódico Oficial “Tierra y Libertad”*, <<http://www.edomorelos.gob.mx/10consejeria/files/Leyes/Ley00080.pdf>>. [Consulta: 3 de octubre de 2008].

millones de pesos,²³ cifra equivalente 2.7% del gasto neto, 3.6% del gasto programable devengado y 0.6% del producto interno bruto (PIB).

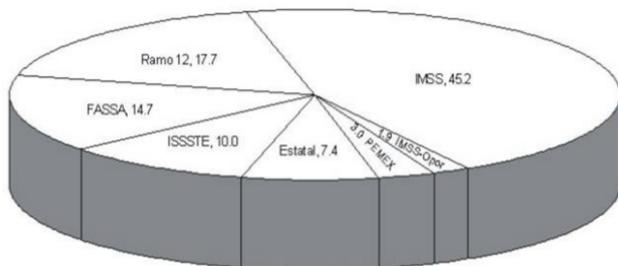
Dicho presupuesto fue modificado por el Poder Legislativo, quien autorizó un incremento de 11.8% para el Ramo 12 respecto a la cantidad original, para alcanzar la cifra de 85 mil millones de pesos, ello en un contexto de crisis financiera que se esperaba contribuiría a contrarrestar el ciclo económico, además de sus connotaciones sociales. El presupuesto del seguro popular de salud asciende a 41.4 miles de millones de pesos y representa 49% del Ramo 12.

Con la información oficial disponible, no se puede determinar para los años recientes el presupuesto total en salud que incluye al Ramo 12, así como el gasto en salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), debido a que los datos de los organismos no separan los gastos de salud respecto a las erogaciones relacionadas con las pensiones, jubilaciones y otros servicios sociales.

Con datos de 2007, el gasto público total en salud representó 3.1% del PIB; tales gastos se integran por las erogaciones del Ramo 12, IMSS, ISSSTE, Petróleos Mexicanos (Pemex), IMSS-Oportunidades, Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) incluido en las Aportaciones Federales para entidades federativas y municipios (Ramo 33) y los egresos estatales en materia de salud. En la gráfica 1 se presenta la distribución del gasto público en salud para 2007.

Gráfica 1. *Distribución del gasto público en salud por instituciones y organismos, 2007.*

(Porcentajes)



Fuente: Elaborado con base en datos de la Secretaría de Salud.

²³ *Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2009*, en <http://www.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/ppef/2009/temas/tomos/12/r12_reurgfpp.pdf> [Consulta: 4 de octubre de 2008].

Se observa que el gasto destinado a la población asegurada representa 58.2% del gasto público total en salud, el IMSS significa 45.2%, el ISSSTE 10% y Pemex 3%. Por su parte el gasto público para la población no asegurada representa 41.8%, donde las principales erogaciones se realizan mediante el Ramo 12 (17.8%), FASSA (14.7%), por los egresos estatales (7.4%) y en menor medida por IMSS-Oportunidades (1.9%).

Cabe mencionar que en 2006 el gasto total en salud equivalía a 6.6% del PIB, compuesto por 2.9% correspondiente al sector público y 3.7% al sector privado. La proporción del gasto en salud respecto a la producción nacional es el más bajo de los treinta países que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE); sobre ese hecho en el Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo (Pronafide) se asienta:

México se ubica por debajo del promedio en materia de gasto en salud como proporción del producto. Sin embargo, como proporción del gasto público total registra un nivel mayor que el observado en países más desarrollados. La discrepancia se debe al menor nivel de gasto público total en México como proporción del producto.²⁴

México gasta relativamente poco en salud comparado con países que tienen mayor grado de desarrollo, por ejemplo, Estados Unidos destina alrededor de 15% de su producto agregado a la salud (7% corresponde a gasto público), Turquía 7.6% (5.5% en gasto público) e incluso Corea que es el país que mantiene cifras globales similares a las de México, registra una proporción de gasto público en salud a PIB de poco más de 3%.²⁵

En comparación con naciones latinoamericanas como Argentina, Colombia y Uruguay, que en el año 2000 destinaban a la salud un gasto equivalente al 8% del PIB, México canalizaba una cifra equivalente al 5.8%.²⁶

El gasto público en salud sólo ha aumentado un punto porcentual como porcentaje del PIB en un lapso de 17 años, al pasar la proporción de gasto público en salud a PIB de 2.0% en 1990 a 3.1% en 2007, según se observa en la gráfica 2. La crisis económica de 1995 frenó la tendencia relativamente creciente del gasto en

²⁴ Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo 2008-2012 (Pronafide 2008-2012), en <http://www.apartados.hacienda.gob.mx/pronafide/documentos/pronafide_%202008_270508.pdf>, p. 38. [Consulta: 15 de septiembre de 2008].

²⁵ OCDE, *Health at a glance 2007*, OECD, *indicators*, 2007, pp. 36-50, en <<http://massetto.sourceoecd.org/vl=1826134/cl=13/nw=1/rpsv/health2007/g5-2-01.htm>>. [Consulta 15 de mayo de 2009].

²⁶ *La salud en México, 2006/2012. Visión de Funsalud*, en <http://www.funsalud.org.mx/vision_2006-2012/documentos/VISION%20SALUD.pdf>, p. 22. [Consulta: 15 de septiembre de 2008].

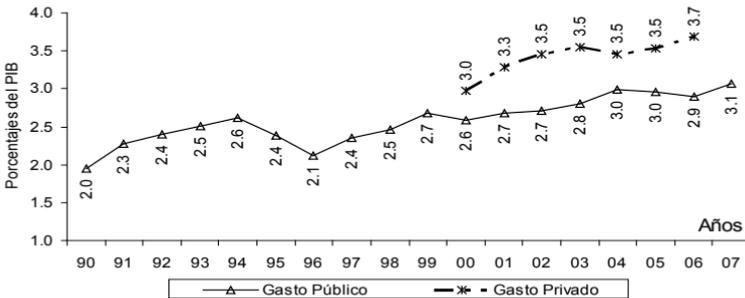
salud que se había registrado durante los primeros cuatro años de la década de los 90, de tal modo que es hasta 1999 en que se recuperan los niveles de gasto alcanzados en 1994. Entre 1999 y 2006, el gasto público en salud sólo aumentó dos décimas de punto porcentual del PIB.

La garantía Constitucional de derecho a la salud parece recaer cada vez más en los particulares, al menos en lo que a gasto se refiere, desafortunadamente este tipo de gasto no siempre se puede afrontar por la población más desfavorecida económicamente o significa el desplazamiento de la adquisición de otros bienes y servicios básicos. Entre el año 2000 y 2006, el gasto privado se expandió más rápidamente que el público, al pasar de 3.0% del PIB a 3.7%. De la observación de la gráfica 2 queda la impresión de que la contracción del gasto público en salud es compensada por una expansión del gasto realizado por la población.

Cabe mencionar que el gasto privado en salud

...comprende todas las erogaciones directas e indirectas que realizan las familias para la atención de la salud de sus miembros: el gasto de bolsillo que se hace al recibir la atención, pagar por un servicio o adquirir un bien para la salud, y el pago de primas de seguros médicos privados [...] En México el gasto de bolsillo concentra 95% del gasto privado total y sólo 5% corresponde al pago de primas de seguros privados.²⁷

Gráfica 2. Evolución del Gasto Público en Salud. 1990-2007 (Porcentajes del PIB)



Fuente: Elaborado con base en datos de la Secretaría de Salud.

La tendencia del gasto público observada en la gráfica 2 indica que la instrumentación del Seguro Popular de Salud en 2001, significó en buena parte la recla-

²⁷ Programa Nacional de Salud (2007-2012), en <<http://www.guerrero.gob.mx/pics/art/articulos/2566/file.PNS001.pdf>>, p. 52, [consulta: 22 de mayo de 2009].

sificación de actividades y gastos que realizaban las instituciones de salud y que implicó el cobro de primas por servicios limitados a los que ya tenía acceso la población antes de su creación, ya que actualmente la proporción del gasto público en el seguro popular alrededor de 0.3% del PIB, no representa ninguna modificación sustancial de la proporción del gasto público en salud respecto al PIB, a partir de su instrumentación.

La meta de llevar al gasto en salud a una cifra cercana al 7.0% del PIB en 2010,²⁸ no nos acerca a los niveles de gasto de países desarrollados ni a los de países de tamaño similar al nuestro; tampoco resulta ser un indicador significativo toda vez que la proporción gasto en salud a PIB aumentará por la combinación de los niveles de gasto en la materia (autorizados en el Presupuesto de Egresos de la Federación y las ampliaciones previsibles por la contingencia sanitaria de abril de 2009) y, por la contracción de la economía mexicana como resultado de la crisis financiera en Estados Unidos y de los menores ingresos por la caída en los precios internacionales del petróleo.

Cierto que los avances en materia de salud han sido significativos en términos de disminución de la mortalidad materna e infantil y aumento en la esperanza de vida que se elevó a 8.7 años entre 1980 y 2006 al pasar de 67.1 a 75.8 años; de hecho este último concepto (que sería una aproximación de la medición de una vida larga y saludable) constituye uno de los tres subíndices que componen del Índice de Desarrollo Humano, elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).²⁹

Cuadro 1. *Índice de Desarrollo Humano. 1980-2006*

Concepto	1980	1990	1995	2000	2006
Esperanza de vida (años)	67.1	71.2	72.7	74.0	75.8
Matriculación (primaria y secundaria) ^a	61.2	86.2	92.5	91.6	94.3
Alfabetización (porcentaje) ^b	82.7	87.0	88.9	90.2	91.9
PIB per cápita (dólares)	7,444	7,229	7,120	8,639	9,319
Índice de Desarrollo Humano (IDH)	0.739	0.768	0.786	0.814	0.835
Crecimiento anual promedio IDH (%)	N.D.	0.4	0.5	0.7	0.4

a) Porcentaje de Matriculación; b) Población mayor de 15 años

Fuente: *Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo 2008-2012*.

²⁸ *Programa Nacional de Salud, op. cit.*, p. 49 y *La salud en México, op. cit.*, p. 23.

²⁹ Los otros dos indicadores son el subíndice educativo (construido por nivel de alfabetismo y la tasa de participación en los niveles educativos primario, secundario y terciario), y el producto *per cápita* que mide el nivel de vida digno. Véase *Pronafide, (2008-2012), op. cit.*, p. 16.

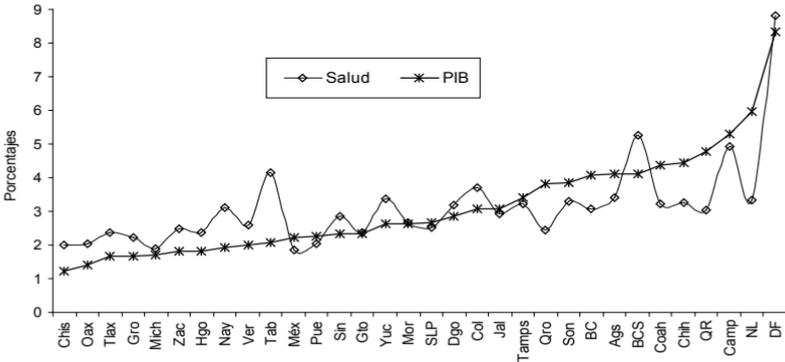
Además, en el ámbito de la salud, México se encuentra en el lugar 43 del índice respectivo en una muestra de 177 países, que se compara favorablemente con nuestra posición 52 en el Índice de Desarrollo Humano; incluso la brecha con Japón que es el país con mayor esperanza de vida es de 6.2 años (75.8 de nuestro país frente a 82 años en Japón).³⁰

Resalta el reconocimiento de la autoridad financiera a los graves problemas de salud que aún persisten en México y que generan una alta mortalidad infantil. La tasa de mortalidad en niños menores de cinco años en 2006 fue de 27.6%, porcentaje mayor al de Chile, Costa Rica y Colombia y menor al registrado por El Salvador, Perú y Brasil; en este indicador México ocupa el lugar 23 en una muestra de 30 países. En materia de infraestructura en salud México ocupa la posición 42 en una muestra de 55 países.³¹

Estos resultados se relacionan, entre otros factores, con la desigualdad del ingreso y de la riqueza entre estratos de la población y entre regiones, así como al insuficiente gasto público en salud y su desigual distribución regional.

La gráfica 3 muestra la distribución porcentual del gasto público en salud y del PIB por habitante según las entidades federativas. Se observa que en general el gasto público es proporcional al PIB por habitante en los estados de Michoacán, Puebla, Guanajuato, Morelos, San Luis Potosí, Jalisco y Tamaulipas.

Gráfica 3. Gasto público en salud y PIB por habitante, 2007 (Porcentajes)



Fuente: Elaborado con base en datos de la Secretaría de Salud.

³⁰ *Ibid.*, pp. 16-17.

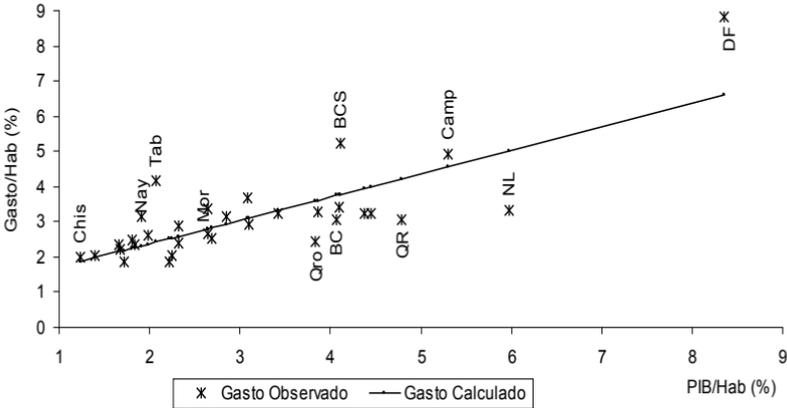
³¹ *Ibid.*, pp. 38 y 49.

Se canaliza un gasto en salud más que proporcional a su contribución al PIB, en las siguientes entidades: Chiapas, Oaxaca, Tlaxcala, Guerrero, Zacatecas, Hidalgo, Nayarit, Veracruz, Tabasco, Sinaloa, Yucatán, Durango, Colima, Baja California Sur y Distrito Federal. Las políticas compensatorias hacia los estados más pobres se ven distorsionadas porque entidades como el Distrito Federal aparentemente percibe recursos públicos para salud, en una proporción superior a su riqueza, puesto que ahí se concentran buena parte de las funciones administrativas.

Entidades en que el Estado gasta una proporción menor respecto a la riqueza relativa de la población son: México, Querétaro, Sonora, Baja California, Aguascalientes, Coahuila, Chihuahua, Quintana Roo, Campeche y Nuevo León.

La gráfica 4 es equivalente a la anterior, presenta una relación funcional entre el gasto público en salud y el nivel de riqueza de cada entidad, ambas variables divididas entre el número de habitantes y normalizadas como porcentaje de sus valores acumulados totales. Con los datos utilizados para la construcción de la gráfica se corrió una regresión por el método de mínimos cuadrados ordinarios que relaciona el gasto en salud por habitante con el nivel de riqueza de cada entidad, medido por la proporción PIB/número de habitantes.

Gráfica 4. Relación entre el gasto público en salud y el nivel de riqueza. 2007 (Porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Secretaría de Salud.

Los resultados de la regresión fueron:

$$\text{Gastopublsalud/Hab} = 1.053 + 0.66^* \text{PIB/Hab}$$

(3.18) (6.95) R² ajustada: 0.60

Se observa una relación positiva y significativa entre el producto por habitante y el gasto que el Estado destina a la salud en las entidades federativas. El valor del estadístico t de la variable independiente es de 6.95 y el del índice de determinación ajustado es de 0.60.

La línea de regresión representa el gasto promedio en salud calculado como función del nivel de producto por habitante. Se corrobora que se encuentran muy por encima de la línea de regresión entidades como el Distrito Federal, Baja California Sur, Tabasco y Nayarit, aunque estos dos últimos no pueden considerarse como estados de alta riqueza *per cápita*.

La mayoría de las entidades, en especial las de menores recursos presentan un nivel de gasto público que corresponde con su grado de riqueza. En el caso del Distrito Federal, el índice se distorsiona porque concentra las actividades administrativas de los servicios de salud y los hospitales de especialidades, por tanto, aparentemente se transfieren recursos públicos en salud. En la gráfica 4 es más claro observar que prácticamente no existen políticas distributivas en materia de gasto público en salud entre entidades federativas, toda vez que el gasto público canalizado a las más pobres, está cercano a su nivel de riqueza.

La ejecución de la política de gasto público en salud tampoco ayuda a corregir la desigualdad en la distribución de los recursos públicos destinados en otros ámbitos. Conforme a lo asentado en el Plan Nacional de Desarrollo:

La desigualdad se observa también entre instituciones. Pemex, por ejemplo, tiene un promedio de tres médicos por cada mil derechohabientes, mientras que la Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE tienen menos de dos. Ello refleja que existen diferencias entre los servicios de salud que reciben derechohabientes del sector paraestatal (además) [...] la cobertura efectiva también es desigual. En conjunto, el Distrito Federal registra la mayor cobertura de servicios, que alcanza a 65.1% de la población, en tanto que Chiapas tiene un alcance de 54%.³²

El acceso y calidad de los servicios de salud se relaciona con el nivel de ingresos de la población, esto es, tienen preferencia aquellos que pueden pagar los servicios privados; en segundo lugar cuentan con un mejor servicio los empleados de Pemex, después los empleados públicos y la población no asegurada ubi-

³² *Plan Nacional, (PND 2006-2012), op. cit., pp. 164-165.*

cada en los centros urbanos, y finalmente las comunidades rurales y la población indígena.

El problema es que aún se tienen rezagos en la atención de la población más vulnerable: niños y mujeres de bajos recursos, población rural e indígena, etc., y por otro lado, se convierten en preocupación enfermedades relacionadas con el cambio en la estructura poblacional, la drogadicción, hábitos alimenticios, prácticas sexuales, etcétera.

En suma, las necesidades de servicios de salud de calidad son crecientes y los gobiernos mexicanos han sido incapaces de captar recursos para satisfacerlas e incluso, la asignación del gasto público en salud no parece corregir las desigualdades en el acceso a la salud de la población mexicana. La preocupación de las autoridades radica más en la salud de las finanzas públicas que en la salud de la población.

CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES ADICIONALES

Existe consenso en la necesidad de la intervención del Estado en materia de servicios de salud; los defensores del neoliberalismo coinciden con otras corrientes promotoras de una mayor injerencia del Estado, en que las políticas de salud contribuyen a mejorar la distribución del ingreso, a elevar las potencialidades productivas de la población y a corregir fallas del mercado, aun así las políticas neoliberales sacrifican las políticas sociales a favor del equilibrio presupuestal.

Ese consenso mínimo ha permitido cierta continuidad en las políticas de salud que provienen de corrientes de pensamiento relacionadas con el Estado Benefactor.

El gobierno mexicano gasta poco en salud comparado con países con nivel de desarrollo similar, de la OCDE y de América Latina.

Los recursos públicos son insuficientes para atender los propósitos, objetivos, metas, estrategias y líneas de acción del Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012.

La responsabilidad de hacer efectiva la garantía del derecho a la salud parece recaer más en los particulares que en las instituciones públicas, al menos en lo que a gasto en salud se refiere; el problema es que la población de bajos recursos no siempre puede sufragar los gastos en salud, ni aun desplazando otras necesidades básicas; la administración privada de la salud excluye de sus beneficios a la población de menores ingresos.

La ejecución del gasto público parece no corregir con suficiencia las desigualdades regionales y entre grupos de población en materia de salud.

Una forma de avanzar en la corrección de las deficiencias e insuficiencias del gasto público en salud en México y avanzar en sistemas presupuestales de salud alternativos, se relaciona, entre otros aspectos, con:

1. El incremento por encima del promedio nacional de los recursos en salud (Ramo 12, IMSS-Oportunidades, FASSA) hacia las entidades federativas de menor riqueza relativa.
2. La asignación dentro de cada estado de recursos hacia los municipios y localidades menos ricas.
3. La ampliación de la cobertura de los sistemas IMSS, ISSSTE y Pemex hacia la población no asegurada, mediante cuotas razonables y enfatizando mejoras en la calidad de los servicios.
4. La mejora de la coordinación de los sistemas de salud con las políticas de combate a la pobreza.
5. La inclusión como indicador el grado de satisfacción del usuario del servicio público de salud.
6. La instrumentación de mecanismos de vigilancia ciudadana sobre la calidad de los servicios de salud.

UTILIZACIÓN, PROVISIÓN Y CALIDAD PERCIBIDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD COMO INDICADOR DEL DESEMPEÑO: EL CASO MORELOS EN 2006

Irene M. Parada Toro*

RESUMEN

Objetivo: Analizar las diferencias en el desempeño de los sistemas de salud entre las entidades federativas en México en términos de la utilización, provisión y calidad percibida de los servicios de salud. *Material y métodos:* De los datos de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (Ensanut) se estudiaron las variables de utilización, provisión y calidad percibida como dimensiones clave para medir el desempeño de los servicios de salud, y el Índice de Desarrollo Humano (IDH) de las Naciones Unidas como indicador de los insumos disponibles por cada una de las entidades federativas. *Resultados:* En las entidades federativas con menores recursos más usuarios reportaron no utilizar los servicios por razones económicas. En términos de la provisión y calidad percibida existen grandes diferencias entre entidades federativas que no fueron correlacionadas con el IDH. *Conclusión:* Las grandes diferencias en el desempeño entre las entidades federativas con el mismo nivel de desarrollo señalan que existen muchas ventanas de oportunidad para mejorar el desempeño.

Palabras clave: desempeño, acceso, sistema de salud, México, desarrollo.

ABSTRACT

Objective: To analyze the differences in health system performance between the different states in Mexico in terms of utilization, provision and perceived quality

* Investigadora del Instituto Nacional de Salud Pública.

of health services as well as perceived quality of care. *Methods:* Data from ENSANUT 2006 regarding utilization, provision and perceived quality of health service were taken as key dimensions to measure the health system performance and the Human Development Index (HDI) provided by the United Nations was taken to adjust for the resources available in each of the states to achieve certain performance level. *Results:* More people can not afford to use the health services for economic reasons in states with fewer resources. The large differences found in the provision and perceived quality of health services were found not to be correlated with the HDI. *Conclusions:* The disparities in performance between states with the same HDI indicates large room for improvement in the health system performance regarding access to health services and perceived quality of care.

Key words: Performance, access, health systems, Mexico, development

INTRODUCCIÓN

La salud de la población es un requisito indispensable para alcanzar el desarrollo tanto social como económico. Es por ello que para dar respuesta a este requisito es indispensable la realización de estudios que evalúen cómo intervienen los sistemas de salud para conservar y mejorar la salud de la población. Estas evaluaciones del desempeño de los sistemas de salud contribuyen a identificar fortalezas y debilidades del mismo, con base en la evidencia obtenida con el fin de proponer acciones orientadas a mejorar la atención y la gestión de los servicios.¹

Entre los antecedentes de evaluación del desempeño se encuentra el Informe Mundial de la Salud 2000² como un primer intento de comparación en el desempeño de los sistemas de salud a nivel mundial. Hoy en día, resulta evidente que la comparación entre países o entre regiones permite detectar ineficiencias potenciales para medir el impacto de las reformas de los sistemas de salud en su propósito por mejorar la calidad y eficiencia de sus servicios. La Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) también ha hecho esfuerzos para desarrollar una metodología de evaluación del desempeño de los sistemas de salud.³ Estos trabajos presentan indicadores clave para la medición del desempeño,

¹ J. Frenk-Mora, E. Ruelas-Barajas, "Medir para la mejora del sistema mexicano de salud", en *Salud Pública de México 2005*, vol. 47, núm. 1 (suplemento).

² Organización Mundial de la Salud, *World Health Report 2000*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000.

³ Organization for Economic Co-operation and Development, *Towards a High Performing Health-Systems. The oecd Health Project*, París, Organization for Economic Development, 2004.

como utilización, provisión y calidad de los servicios de salud, así como resultados en salud y equidad.^{4, 5}

En México el estudio de la cobertura efectiva es un ejemplo reciente de una evaluación del desempeño⁶ en donde a través de 14 indicadores se contrastaron las entidades federativas. En la misma línea el informe *Salud: México 2001-2005*⁷ midió el desempeño de los servicios de las Secretarías de Salud Estatales utilizando 28 indicadores clave para comparar los 32 estados. Para este ejercicio se ordenaron los estados de acuerdo con sus valores de indicadores definidos y los estados en las 10 primeras posiciones se consideraron como los mejores ejemplos. De la misma manera, los resultados publicados de *Ensanut 2006* para los 32 estados de la República⁸ contrasta el desempeño de sus sistemas estatales de salud utilizando indicadores como estado de nutrición, utilización de servicios y satisfacción en la atención.

Estos resultados fueron dirigidos a una audiencia de funcionarios y analistas de las Secretarías Estatales para apoyar la planeación y la asignación de los recursos, identificación de debilidades de los servicios y generación de preguntas de investigación tal como ¿por qué ciertas entidades presentaron un mejor desempeño en ciertos indicadores que otras?

Dos de los trabajos mencionados,⁹ compararon directamente los valores de los diferentes indicadores sin considerar las importantes diferencias en la disponibilidad de los insumos. Para ajustar por los diferentes niveles de inversión se ha sugerido utilizar el concepto de fronteras de productividad de la economía, es decir, medir qué efectos se podrían lograr hasta cierto límite de productividad con

⁴ J. Hurst y M. Jee-Hughes, "Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems", *OECD Labour Market and Social Policy. Occasional Papers*, núm. 47, París, OECD Publishing, 2001.

⁵ E. Van Doorslaer y C. Masseria, "OECD Health Equity Research Group. Incomerelated inequality in the use of medical care in 21 OECD countries", en Organization for Economic Co-operation and Development, (comp.), *Towards High-Performing Health Systems: Policy Studies*. París, OECD, 2004, pp. 109-66.

⁶ R. Lozano, P. Soliz, E. Gakidou, J. Abbott-Klafter, D. M. Feehan, C. Vidal, J. P. Ortiz, M. A. Christopher y J. L. Murria, "Evaluación Comparativa del Desempeño de Los Sistemas Estatales de Salud Usando Cobertura Efectiva", en *Salud Pública de México*, vol. 49, supl 1, 2007, S53-S69.

⁷ Secretaría de Salud, *Salud. México 2001-2005. Informe estratégico por entidad federativa*, México, Secretaría de Salud, 2006.

⁸ Instituto Nacional de Salud, Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición por entidad federativa*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública, 2007.

⁹ Véase *supra*, notas 7 y 8.

los insumos disponibles, ejemplos de éstos son los insumos económicos y educativos.¹⁰

Se ha definido a los insumos disponibles en el sistema de salud como variable independiente, contra lo que miden los logros adquiridos (tasa de mortalidad infantil o materna) como variables dependientes. Aunque en teoría se asume que existe un límite como una frontera de productividad que no se puede superar con un cierto nivel de inversión, en realidad, para México se ha argumentado que estos límites aún no se han alcanzado.¹¹

Otros estudios han utilizado el Índice de Desarrollo Humano (IDH) para la medición de los insumos disponibles asociada con indicadores del desempeño. Por ejemplo, se ha utilizado el IDH como predictor de la mortalidad materna e infantil¹² y tasas de cesáreas.¹³

Internacionalmente, también se ha utilizado el IDH con el fin de comparar el desarrollo de los países.^{14, 15} En el listado ordenado del IDH México ocupa el lugar 52, mientras Argentina está en el lugar 38, siendo el más alto de América Latina y seguido por Chile (40).¹⁶ En México el IDH se ha utilizado para evaluar el desarrollo estatal, reportándose que el Distrito Federal y Nuevo León tienen un IDH semejante a países europeos mientras que Chiapas fue similar al de Egipto.¹⁷

A pesar de que México es un país de ingresos medios, internamente presenta grandes diferencias del ingreso y educación a nivel estatal. El promedio de ingreso en el D.F. (17 696 dólares *per cápita*) es semejante a países como la República Checa, en contraste, Chiapas (3 302 dólares) y Oaxaca (3 489 dólares) son si-

¹⁰ A. Tandon, C. J. L. Murray, J. A. Lauer, B. D. Evans, "Measuring Overall Health System Performance for 191 Countries", *GPE Discussion Paper*, núm. 30, Génova, World Health Organization, 2000.

¹¹ Organization for Economic Co-operation and Development, *oecd Reviews of Health*, México, París, OECD, 2006.

¹² K. S. Lee, S. C. Park, B. Khoshnood, H. L. Hsieh, R. Mittendorf, "Human Development Index as a Predictor of Infant and Maternal Mortality Rates", en *J Pediatric*, vol. 131, 1997, pp. 430-433.

¹³ E. Puentes-Rosas, O. Gómez-Dantes, F. Garrido-Latorre, "Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados", en *Salud Pública de México*, vol. 46, 2004, pp. 16-22.

¹⁴ M. Cooke, F. Mitrou, D. Lawrence, E. Guimond y D. Beavon, "Indigenous well-being in four countries: An application of the UNDP's Human Development Index to Indigenous Peoples in Australia, Canada, New Zealand, and the United States", en *BMC Int Health Hum Rights*, vol. 7, 2007, p. 9.

¹⁵ United Nations Development Program, *Human Development Report 2007/2008*, United States, United Nations Development Program, 2007.

¹⁶ *Idem*.

¹⁷ T. Lemaresquier y R. Santizo, *Informe sobre el desarrollo humano*, México, Pnud, 2004.

milares a Cabo Verde en África.¹⁸ El ingreso promedio nacional es 5,197.5 dólares *per cápita*.¹⁹

Lograr la disminución de la desigualdad en el sistema de salud ha sido uno de los objetivos principales de las reformas del sistema de salud de finales de los años 80 y en los últimos años se ha orientado prioritariamente a la equidad financiera en el país, particularmente con la creación del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) que tiene como objetivo afiliar a 52 millones de personas para el año 2010 que no tienen seguro médico (Programa Nacional de Salud del gobierno 2001 a 2006).²⁰ (Tradicionalmente el sistema de salud en México como otros sistemas en América Latina se ha enfocado en proveer seguro médico a la clase obrera mediante la seguridad social; personas trabajando en el sector informal no ha tenido seguro médico, utilizando los servicios públicos de las secretarías de salud estatales pagando una cuota de acuerdo o acorde con su ingreso).

En este sentido resulta relevante la evaluación del nivel de igualdad/desigualdad entre las entidades federativas, particularmente porque desde la descentralización en los años 80 las entidades federativas tienen la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud para los no-afiliados.²¹

El propósito de este trabajo fue evaluar las diferencias en el desempeño de los sistemas de salud entre las entidades federativas en México en términos de la utilización, provisión y calidad percibida de los servicios de salud con el fin de apreciar las diferencias entre el desempeño de los servicios de salud en las condiciones propias de cada entidad en correspondencia a su capacidad de insumos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para el análisis se utilizó la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006²² la cual cubrió 48 304 viviendas con 206 700 integrantes del hogar. En cada una de las viviendas seleccionadas, en caso de existir uno o más utilizadores de servicios

¹⁸ A. Velásquez Cervantes, "Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo", en *EL Nacional*, edición del 19 de junio 2007, <<http://www.cronica.com.mx>>, p. 8.

¹⁹ Consejo Nacional de Población (CONAPO), *Índices de desarrollo humano social*, México, Consejo Nacional de Población, 2000.

²⁰ Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, México, Secretaría de Salud, 2001.

²¹ O. Gómez-Dantes, J. Gómez-Jáuregui y C. Inclán, "La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud", en *Salud Pública de México*, vol. 46, 2004, pp. 399-416.

²² Véase *supra*, nota 7.

de salud, se seleccionó mediante un muestreo aleatorio simple, un utilizador, definido como aquella persona del hogar que buscó o recibió atención ambulatoria durante las dos semanas previas a la encuesta o atención hospitalaria el año previo a la entrevista. Para el análisis sobre características del Seguro Popular²³ se incluyó la información de las personas que alguna vez han estado o están inscritos a dicho programa.

Para fines de este estudio se define afiliados como aquellas personas que reportaron afiliación a IMSS, ISSSTE, Seguro Popular,²⁴ Marina/Defensa, Pemex, particular y otra institución. Servicios públicos se definió como los servicios provistos por las secretarías estatales de salud. Desempeño es el grado en que el sistema de salud cumple con sus objetivos. Como otros autores han sugerido en este estudio se midió la dimensión de acceso a través de la utilización de los servicios de salud ante un problema de salud²⁵ y la provisión gratuita de a) exámenes y b) medicamentos.²⁶

Para medir la utilización de servicios se recurrió a

1. porcentaje de afiliados que tuvieron un problema de salud en los últimos 15 días que utilizaron la consulta externa de sus propios servicios;
2. porcentaje de los no-afiliados que tuvieron un problema de salud en los últimos 15 días que utilizaron los servicios ambulatorios curativos de la Secretaría de Salud;
3. porcentaje de los afiliados que tuvieron un problema de salud en los últimos 15 días que utilizaron la consulta externa de servicios particulares;
4. porcentaje de personas que reportaron no haber recibido atención debido a razones económicas.
5. Se utilizaron dos variables para medir la utilización del programa de Seguro Popular: el porcentaje que utilizó la consulta externa y el porcentaje que utilizó los servicios preventivos.

²³ J. Frenk-Mora, E. Ruelas-Barajas, "Medir para la mejora del sistema mexicano de salud", en *op. cit.*

²⁴ Definimos al Seguro Popular como la parte operativa del programa de "Programa de Protección Social" implementado en México durante 2003 para la población sin derechohabencia.

²⁵ W. Yip y A. Mahal, "The health care systems of China and India: performance and future challenges", en *Health Aff*, 2008, vol. 27, pp. 921-932.

²⁶ C. J. L. Murray, D. B. Evans, *Health Systems Performance Assessment*, Génova, World Health Organization, 2003.

Se entiende la provisión de servicios como aquellos que proveen la seguridad social o el seguro médico como parte del paquete del seguro sin costos en el momento de la utilización (por ejemplo medicamentos, exámenes de laboratorio).

Para la medición de la provisión de servicios de salud se determinaron los siguientes indicadores:

- a) porcentaje de los afiliados que pagaron por o no pudieron conseguir los exámenes de laboratorio que se pidieron en la consulta,
- b) porcentaje de los afiliados que pagaron por medicamentos, y
- c) porcentaje de los afiliados que consiguieron los medicamentos recetados en el lugar de atención. Se esperaría que en las instituciones de seguridad social y del Seguro Popular un alto porcentaje de los afiliados consiguieran los medicamentos recetados en el lugar de atención y que los usuarios no tengan que pagar para los exámenes de laboratorio y los medicamentos.

Finalmente, para medir calidad de la atención percibida se utilizó el porcentaje de los usuarios de los servicios de salud que tuvieron la percepción de la mejora de salud después la utilización de los servicios.

El IDH contiene tres componentes: i) esperanza de vida al nacer, ii) el grado de alfabetismo y la mediana de los años de escolaridad como indicador de la educación, y iii) el producto interno bruto *per cápita* como una medida del nivel económico.²⁷ El valor del IDH varía entre 0 y 1 donde el valor 1 representa el máximo grado de desarrollo.²⁸ Se definió el Índice de Desarrollo Humano (IDH) como el indicador de los insumos disponibles (variable independiente) y se correlacionó con las variables de utilización, provisión y calidad percibida (variables dependientes) para evaluar el desempeño de cada entidad federativa.

Se elaboraron dos indicadores globales de desempeño para utilización y provisión: los valores de variables fueron ordenados de forma ascendente donde la entidad federativa con el más alto valor ocupando la posición 32, representando el mejor desempeño. En las variables de pago por examen, pago por medicamentos y no-utilización de los servicios por razones económicas, los valores se ordenaron en forma descendente en donde el Estado con el valor más bajo ocupó la posición 32, es decir el mejor desempeño. La posición final de cada entidad para utilización y provisión está determinada por las posiciones (tabla 1). En este análisis las variables de la utilización de Seguro Popular fueron excluidos en el indicador de desempeños para utilización, ya que los estados se encuentran en diferentes etapas de consolidación del programa.

²⁷ United Nations Development Program, *Human Development Report 2007/2008*, United States, United Nations Development Program, 2007.

²⁸ *Idem*.

RESULTADOS

Utilización

De todos los indicadores del desempeño incluidos en este trabajo sólo tres de los indicadores de utilización fueron correlacionados significativamente con el IDH.

Respecto a la proporción de afiliados que registró haber tenido algún problema de salud en las últimas dos semanas que utilizaron la consulta externa de sus propios servicios se observó una correlación positiva con el IDH (gráfica 1). Excepciones son estados como el Distrito Federal (DF.), Hidalgo y Tlaxcala tienen una baja utilización y Nayarit que tiene una muy alta utilización en comparación a otros estados con un IDH similar. Morelos en este indicador presenta 41.29% de total de encuestados y que a nivel nacional se coloca en el lugar 14.

Por otro lado, la correlación entre IDH y el porcentaje de población no afiliados que registró haber tenido algún problema de salud en las últimas dos semanas y que utilizó los servicios de la SSA resultó negativa; es decir a menor IDH mayor fue la proporción de personas que utilizó los servicios ambulatorios públicos (gráfica 2). Se encontraron algunas excepciones (gráfica 2): las entidades como Baja California, Chihuahua, Tamaulipas y Aguascalientes con un IDH medio donde el porcentaje de utilización de servicios de consulta ambulatorio es más bajo en comparación con los estados que se ubican en el mismo grupo de IDH. Al otro lado, las entidades Durango y Campeche con un IDH medio tienen un porcentaje más alto de la utilización en comparación a otras entidades con el mismo IDH. La correlación se mantiene negativa en Morelos, sólo 21.78% de la población no derechohabiente demandó los servicios de atención de la SSM, con relación al resto de las entidades federativas ocupa el número 16.

Respecto al porcentaje de la población afiliada que registró un problema de salud en las últimas dos semanas y que utilizó los servicios particulares no se encontró una correlación con el IDH. Resalta que estados como Sonora, Nayarit y Veracruz tienen una muy baja utilización de los servicios particulares por parte de los afiliados a un seguro, mientras estados como Tamaulipas, San Luis Potosí y Quintana Roo tienen un porcentaje muy alto de afiliados que utilizan los servicios particulares si reportaron un problema de salud en las dos semanas previas. Aquí el estado registra que 20.85% utiliza servicios privados para la atención médica, Morelos en relación al uso de la consulta privada mostró un porcentaje de 20.85 de utilización del mismo.

La proporción de personas que no recibieron atención médica por razones económicas muestra una correlación negativa con el IDH. Estados como Jalisco,

Quintana Roo y Tamaulipas presentaron un IDH medio y un porcentaje relativamente alto de personas que no recibieron atención médica por razones económicas. Oaxaca y Chiapas con un IDH bajo, presentaron un alto porcentaje de personas que no se atendieron por razones económicas. En el Estado sólo 17.30% de la población encuestada reporta no haberse atendido por problemas de salud

En términos de la utilización de los servicios preventivos del Seguro Popular se encontró que a mayor IDH mayor fue la utilización de los servicios preventivos (variable 7; tabla 1). El DF. con el IDH más alto muestra la más alta utilización de los servicios preventivos, mientras que estados como Chiapas y Guerrero con un IDH bajo presentan una más baja utilización. Morelos con IDH bajo presenta sólo 50.70% de utilización de servicios preventivos en el programa, lo que lo coloca en la posición 13 con relación a los otros estados.

Respecto a la utilización de los servicios de consulta externa del Seguro Popular se encontró que a mayor IDH mayor porcentaje de los afiliados que utilizaron la consulta externa. Así el DF con el mayor IDH presentó mayor demanda de consulta externa en los centros de salud. En contraste, Chiapas tiene una utilización muy alta de consultas externa y un bajo IDH, mientras que las entidades que presentan bajo IDH y una baja demanda de la consulta externa en centros de salud son Guerrero y Oaxaca, Morelos presenta 66.50% en la demanda de consulta externa que ofrece el programa.

En términos del desempeño global de utilización destacan los cuatro estados con el valor más alto: Baja California Sur, Nuevo León, Nayarit y Durango. Provisión y calidad percibida.

Las variables de provisión de servicios y la de la calidad percibida no mostraron correlación significativa con el IDH. Destaca que existe una gran variación en el porcentaje de los afiliados que tuvieron que pagar para exámenes de laboratorio entre los entidades federativas (15% en Guerrero versus 59% Puebla). En términos del desempeño global de provisión de servicios, estados como Guanajuato, Zacatecas y Puebla tienen un desempeño bajo en las tres variables de provisión, mientras Coahuila, Chihuahua y San Luis Potosí tienen un desempeño alto en dichas variables. En término de desempeño global de utilización el estado de Morelos presenta 60% lo cual lo coloca en el lugar 15 con relación a las otras entidades.

Llama la atención el buen desempeño de Guerrero que a pesar de su IDH sus afiliados reportaron no haber pagado por los exámenes y medicamentos (Tabla 1).

Con relación a la calidad percibida destaca que en algunos estados, por ejemplo, Sonora y Zacatecas, existe un alto porcentaje de los usuarios que percibieron mejoría en su salud después de su atención de servicios ambulatorios, sin embar-

go, en términos de provisión de los servicios tiene un desempeño bajo. En este rubro Morelos presenta 80.80 % de mejoría posterior a la utilización de servicios ambulatorios.

DISCUSIÓN

Los resultados muestran grandes desigualdades entre las entidades federativas en términos de su desempeño de utilización, provisión y calidad percibida de servicios de salud. Respecto a la utilización de los afiliados y de las personas que no acudieron a los servicios de salud por razones económicas, encontramos que a mayor disponibilidad de insumos mejor desempeño. Esto sugiere que a pesar de la necesidad de buscar atención para un problema de salud en la población estudiada, se presenta una parte de desigualdad para satisfacer esta demanda entre las entidades federativas. Aunque la proporción de la población no afiliada que acude a los servicios públicos de salud es más alta en los estados con menor IDH, resulta que existen barreras económicas importantes por las que no utilizan los servicios de salud: en las entidades federativas con menores recursos, más usuarios reportaron no utilizar los servicios por razones económicas. Estos resultados son muy relevantes para la evaluación de la iniciativa política a nivel nacional de proveer mejores servicios dirigidos a usuarios con pocos recursos.

Del mismo modo se encontró que a mayor IDH, mayor utilización de los servicios de consulta externa de los inscritos al Seguro Popular. Entre los estados con mayor y menor demanda de consulta del programa de Seguro Popular la máxima diferencia fue de 40%. Todos los resultados de Seguro Popular indican una desigualdad importante entre las entidades federativas que da ventaja a los estados con mayores IDH, cuando se esperaría que el programa se orientara a las entidades con menores niveles de desarrollo.

Estados con un IDH alto como Jalisco, Campeche, Nuevo León y Chihuahua su programa preventivo se mostró pobre. De esta información se deriva la pregunta ¿qué está pasando con la implementación del programa en las diferentes entidades federativas puesto que su objetivo principal es la prevención? Los resultados sugieren que aparte de las necesidades de la población existen otros intereses, quizás políticos que determinan la implementación del programa en los estados.

Mientras tres de las variables de utilización de los servicios estuvieron asociadas a correlaciones significativamente con el IDH, las de provisión y de calidad percibida no estuvieron correlacionadas. Una posible explicación de ésta es que la calidad percibida depende de las propias expectativas del usuario y no nece-

sariamente de los recursos disponibles.²⁹ Eso se evidencia en Nuevo León quien muestra el último lugar en términos de la calidad percibida y, sin embargo, ocupa el primer lugar en el desempeño global de utilización y el segundo lugar de provisión de servicios. En contraste, Michoacán ocupa el primer lugar en calidad percibida a pesar de localizarse en posición intermedia en términos de la utilización y provisión.

En términos de la provisión, esperaríamos que con mayor número de recursos disponibles, mayor fuera la provisión de servicios. Sin embargo, estados como Guerrero, Tlaxcala y el Estado de México con pocos recursos en términos de educación e ingresos, tuvieron mejor desempeño para afiliados, particularmente en la provisión de exámenes y medicamentos sin pago. Para que otras entidades federativas logren niveles semejantes de desempeño, resultaría importante ahondar con mayor profundidad los factores que se asocian con éste (ejemplo, los factores que contribuyen a las grandes desigualdades entre las entidades federativas en la provisión de exámenes de laboratorios sin pago para los afiliados).

Es importante reconocer las limitaciones de este estudio ya que se sabe que existen indicadores relevantes relacionados con el desempeño que no estaban disponibles en la *Ensanut*. Como un ejemplo para evaluar de manera más integral el desempeño de un sistema de salud es importante determinar los resultados en salud y del proceso de la atención, sin embargo, al momento del análisis de los datos estaban desvinculados con los datos de utilización, provisión y calidad percibida. También existe una amplia discusión sobre cuáles indicadores deberían tomarse en cuenta para medir el desempeño de acceso y calidad y que muchos indicadores son frágiles e incompletos aunque se utilizan ampliamente por varias organizaciones internacionales como la OCDE y la OMS.^{30, 31} En este análisis se utilizaron indicadores que previamente se habían usado en otros trabajos similares^{32, 33} y segundo, que estaban disponibles para todas las entidades federativas. Hay que resaltar que a pesar de tener otra información relevante relacionada con el

²⁹ E. Puentes-Rosa, E. Ruelas, E. Martínez-Monroy y F. Garrido-Latorre, "Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios", en *Salud Pública de México*, vol. 47 (supl 1), 2005, pp. S12-21.

³⁰ J. Hurst y M. Jee-Hughes, "Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems", en *op. cit.*

³¹ P. Smith, E. Mossialos, I. Papanicolas, *Health System Performance*, Copenhagen, World Health Organization and the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.

³² J. Hurst y M. Jee-Hughes, "Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems", en *op. cit.*

³³ W. Yip y A. Mahal, "The health care systems of China and India: performance and future challenges", en *Health Aff*, vol. 27, 2008, pp. 921-932.

desempeño de los servicios, algunas variables no contaron con estimadoras estadísticamente confiables para su uso a nivel de entidad federativa.

Este trabajo es uno de los pocos en México sobre el desempeño de los sistemas de salud de entidades federativas comparando indicadores de utilización, provisión y calidad percibida entre estados. La evaluación por entidad federativa tiene mucha relevancia dado que las entidades federativas tienen la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud para los no-afiliados. Las grandes desigualdades en la utilización y la provisión de los servicios indican la necesidad de mejorar el desempeño en muchas entidades federativas.

Particularmente las barreras económicas de la utilización de los servicios en las entidades federativas con menos recursos. Por lo tanto, los resultados de este trabajo tienen importantes implicaciones para la evaluación de los programas nacionales y estatales de salud que pueden servir para monitorear el impacto de los programas (por ejemplo Seguro Popular) en disminuir la desigualdad en la utilización por razones económicas. También los resultados le permiten a través del IDH identificar entidades con un desempeño mayor a los que se esperaría, según su nivel del desarrollo. De acuerdo con nuestros resultados, Nayarit y Durango en términos de utilización tuvieron un desempeño mayor a lo que se esperaría según su nivel de desarrollo (véase tabla 1); y en términos de provisión de servicios para afiliados el Estado de México y Tlaxcala mostraron un mejor desempeño acorde a su nivel del desarrollo. Documentar estos ejemplos, es el primer paso ahora, tratar de identificar los factores que contribuyen a un mejor desempeño entre los estados según sus insumos disponibles. La continuación a este proyecto sería tratar de indagar con mayor detalle los factores que explican la diferencia del desempeño de los servicios.

En términos generales podemos ver que el estado de Morelos se encuentra dentro de la media de desempeño de utilización con relación a las otras entidades federativas hay que comentar que presenta un Índice de Desarrollo Humano de .79 lo que los sitúa dentro de niveles medio en relación al mismo, al observar su desempeño en provisión de servicios éste se encuentra en los niveles más bajos ocupando el lugar 23, lo que nos sugiere la necesidad de plantear nuevas formas en la conducción de los servicios de salud para poder satisfacer las necesidades en salud del estado, el programa del Seguro Popular el cual fue ideado para poder brindar servicios a la población más descubierta del país con un énfasis en la prevención y así aspirar al viraje en los servicios tan anhelado desde los años 70, el estudio mostró que a pesar del énfasis que se ha realizado en el estado como en el país, el programa presenta una pobre ejecución en la prevención, la medicina curativa continua presentando el mayor porcentaje de utilización esto a pesar de

los aumentos vertiginosos en los costos de atención en las últimas décadas, de no hacer un viraje de esta modalidad ocasionará un gasto insostenible tanto para la población como para el Estado.

A pesar de que en el rubro de la calidad percibida por los usuarios refieren unos de los porcentajes más altos en el estudio hay que señalar que este es subjetivo y que la población en su gran mayoría tiene un poco conocimiento sobre la calidad de la atención. Lo cual nos sugiere que habrá que realizar propuestas que integren una mayor cantidad de ítem que planteen una visión más integral de esta percepción.

EL SUICIDIO EN LA PUBERTAD Y LA ADOLESCENCIA: UN GRAVE E IGNORADO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA Y DE SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

*María del Rosario Ruiz Moreno**
*Y Ángel Guillermo Ruiz Moreno***

LA IMPORTANCIA DE LA SALUD EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Qué es y para qué nos sirve la seguridad social son cuestiones harto difíciles no sólo de conceptualizar, sino incluso de describir; siendo un tema complejo que requiere de amplias discusiones filosóficas, semánticas, hermenéuticas y teleológicas.

En esta materia se ha llegado al extremo de cuestionar, por ejemplo, si alguna vez ha existido o existirá una genuina seguridad social universal, o si se le puede considerar como una verdadera garantía individual e incluso como un simple derecho exigible al Estado.¹

* Abogada Postulante.

** Presidente Internacional de la Asociación Iberoamericana de Juristas del Derecho del Trabajo y la Seguridad Social "Guillermo Cabanellas".

¹ Las garantías individuales plasmadas en nuestra Constitución Política Mexicana, por razones de rango, jerárquicamente son superiores a otros tipos de derechos exigibles al Estado. Se sugiere al interesado en el tema acceder al artículo intitulado: "Los derechos sociales exigibles en México: una aproximación conceptual", que aparece publicado en el libro colectivo: *El derecho social en México a inicios del siglo XXI, una visión en conjunto*, Ángel Guillermo Ruiz Moreno (coord.), México, Porrúa, 2007, pp. 1 a 20.

Nosotros, intentando dilucidar la real naturaleza sociojurídica de la seguridad social, terminando de romper paradigmas y acabando de una buena vez con la serie de mitos y hasta con los supuestos “dilemas existenciales” de este magnífico manto protector, comenzaremos por decir acaso lo más obvio, aunque paradójicamente lo más ignorado: que la seguridad social es ante todo un derecho humano.

Entonces, al ser la seguridad social un derecho humano, basándonos en un razonamiento lógico-jurídico elemental, si alguien es beneficiario de ese derecho, debe por fuerza existir un sujeto obligado a cumplirlo. Así, el ser humano es quien disfruta de ese derecho, en tanto que el obligado a brindarlo y a respetarlo lo será siempre el propio Estado.

Recordemos al punto que los derechos humanos son de todos y para todos, vivan donde vivan y estén bajo cualquier tipo de régimen político; se trata pues de derechos que son connaturales a la esencia humana y por ello este tipo de derechos son inalienables, irrenunciables e inextinguibles, dado que resultan esenciales para que los individuos alcancen una vida digna. De suyo, bien entendido el punto toral, lejos de ser un asunto meramente jurídico, más bien estamos frente a un tema de trascendencia moral y ética.

Por lo ilustrativo que resultará su lectura integral, acto seguido se transcriben los artículos 22 y 25 de la aludida Declaración Universal de Derechos Humanos, los que literalmente establecen:²

Artículo 22. Toda persona como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

Artículo 25. Todos tenemos derecho a un nivel de vida adecuado, que asegure a nosotros y a nuestra familia, la salud, el bienestar y en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. Tenemos, asimismo, derecho a seguro en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez, vejez u otros casos de pérdida de nuestros medios de subsistencia por circunstancias ajenas a nuestra voluntad.

Tanto la madre que va a tener un hijo, como su hijo, deben recibir cuidado y asistencia. Todos los niños tienen los mismos derechos, esté o no casada la madre.

² “Declaración Universal de los Derechos Humanos”, proclama cuyo texto original fue aprobado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948. Los textos originales insertos, no necesariamente coinciden, por problemas de traducción, con los publicados por la Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, editados por Producción Creativa, México, 2007.

Así las cosas, jamás podrá aducirse por algún Estado que no existe tal responsabilidad en los asuntos que atañen al rubro de la seguridad social; máxime si el artículo 30 de dicha Declaración Universal de los Derechos Humanos resuelve cualquier dilema a ese respecto al establecer con meridiana claridad que: “nunca pueden interpretarse en sentido contrario la supresión de las libertades y los derechos proclamados en dicha Declaración”.

De todo lo cual se concluye que, en todo caso, al ser el Estado el garante primario y final de todo el sistema nacional –o supranacional en su caso, como en la Unión Europea– de seguridad social implementada, es a él a quien le corresponde planearla, instrumentarla, coadyuvar a fondearla y garantizarla.

Entonces, si la seguridad social es un derecho humano de primera generación, y este tipo de protección social prevé por ley todo un sistema de salud integral tanto preventivo como curativo, el respeto del Estado hacia este derecho humano, en aras de satisfacerlo, debe ser permanente, evolucionando al mismo ritmo que cambie la propia sociedad protegida por dicho servicio público.

Así, al considerar que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) protege en el rubro de la salud institucional a 52 millones de compatriotas en números redondos; en tanto que el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) cubre a poco más de 10 millones, entonces es claro que 60% de los mexicanos tienen derecho inalienable a recibir un servicio de salud y sanidad eficientes de los dos más grandes Seguros Sociales federales, entendidos aquí éstos como lo que en verdad son: instrumentos de la seguridad social nacional.

De tal forma que deben existir políticas institucionales de la seguridad social que, aunadas a las políticas públicas del país, en el rubro específico de la salud, indaguen y analicen la enorme problemática que representa el suicidio de los niños y jóvenes en el país, y pueda entonces afrontarse esta sentida problemática humana y social con mayores posibilidades de éxito, atendiendo el crecimiento exponencial de dicho fenómeno, el cual por sí mismo es harto preocupante.

CONTEXTO GENERAL DEL PROBLEMA DEL SUICIDIO

El suicidio no sólo es la muerte de una persona por mano propia, ni consiste en quitarse la vida por sí mismo, como lo define cualquier diccionario. El suicidio es mucho más que eso y sobre todo es todo un drama difícil de entender en individuos que se supone poseen genéticamente instintos básicos, entre ellos el de la supervivencia.

Decidir quitarse la vida es algo terrible en sí mismo, algo que además de dolor y pesar, por sí mismo “marca” dejando huella, tanto al suicida como a sus familiares y amigos. No se sabe a ciencia cierta si es un rasgo de valentía en un cobarde, o un rasgo de cobardía en un valiente. En cualquier caso debe asumirse que para el suicida se trató de una falsa alternativa de aparente solución de sus problemas –los que sencillamente no pudo, no supo o no quiso tolerar más–, junto a un verdadero desperdicio al truncar sin más una vida, una ilusión, una esperanza.

Y claro está que el suicidio nos duele a todos los seres humanos, algo que incluso de una u otra forma entiende el propio suicida y acaso hasta por eso decide privarse de la vida. Cualquier tipo de suicidio es doloroso, pero más aún lo es la muerte de quienes apenas comienzan a vivir, de quienes tenían toda una vida por delante. Nos referimos a los niños, a los adolescentes, a los jóvenes.

Pues bien, en los últimos años el suicidio durante la pubertad y la adolescencia se ha incrementado en forma considerable, siendo ésta hoy en día una de las tres causas más comunes de muerte en la juventud, no sólo en México y en América Latina, sino en todo el planeta.

La depresión y el aislamiento generan tendencias suicidas. Empero, nuestros actuales sistemas de salud públicos –incluidos aquí los de seguridad social–, poco han podido hacer para frenar esta incidencia. Las razones pueden ser de distinta índole, sin perder de vista incluso el aspecto financiero.

¿Cuántos psiquiatras y psicólogos tienen el IMSS o el ISSSTE a su servicio?
¿Cuántas instalaciones de salud mental manejan entre ambas instituciones?
¿Con qué infraestructura se trabaja en este rubro? ¿Hay capacidad instalada para afrontar la actual demanda de la población respecto del olvidado tema de la salud mental? Y las respuestas ciertamente son desoladoras.

¡Pues algo similar acontece con la Secretaría de Salud, con todo el “Sector Salud” en general!

El suicidio y los problemas de salud mental de enorme impacto social –la depresión, la bipolaridad, etc.–, involucran diversos aspectos multifactoriales que se han venido gestando en las últimas décadas, lo que ha incidido de forma importante en los problemas de salud mental de la población.

Ello representa una considerable elevación en los costes directos e indirectos de la seguridad social de todos los países del mundo, sin excepción; y claro, primordialmente afectando el rubro que atañe a la salud institucional de la seguridad social, cuyo equilibrio financiero siempre ha sido precario.

Es innegable entonces que el tema abordado es delicado y preocupante, sobre todo tratándose de niños y adolescentes, un sector de la comunidad en la cual se encuentran cifradas las esperanzas de relevo intergeneracional impostergable a corto o mediano plazo.

Sin embargo, no se le puede ver como un problema aislado, sino en el que están involucrados también otros aspectos que contribuyen de forma contundente: la desintegración familiar, la violencia generalizada, la inseguridad, las adicciones, la pernicioso influencia de los medios masivos de comunicación, la pérdida de valores morales y de límites, entre muchos otros.

Es obvio que uno de los principales factores que inciden en tales tendencias suicidas lo es sin duda el problema de la salud mental de la población que no es detectado a tiempo; un asunto al cual no se le ha dado la atención e importancia debidas, y al que los tres órdenes de gobierno –federal, local y municipal–, deberán de atajar de manera conjunta y coordinada con las instituciones públicas de salud y las educativas.

Ello, con el objeto de proporcionar información oportuna y adecuada a padres, tutores y maestros, detectando de forma oportuna indicios o síntomas de tendencias suicidas en los niños y en los adolescentes antes de que se conviertan en verdaderos problemas psico-sociales generalizados, de repercusiones aún más graves y fuera de todo control.

Por cierto, nadie ignora que a enfermedades catastróficas tales como la diabetes, la obesidad, la hipertensión o los problemas cardiovasculares –al igual que a la detección oportuna del cáncer, y a la prevención del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)–, se le han dado por parte de nuestras autoridades capital importancia en los programas oficiales de salud pública. Hasta espectáculos masivos tales como el fútbol profesional hacen su parte, sin dejar de lado eventos como el Teletón y otros similares.

Empero, sin negar la importancia de ellos, siendo sinceros, nuestras autoridades de salud de todos los niveles y estratos se han olvidado del enorme problema social que representa el siempre polémico tema de la salud mental de la ciudadanía.

DEFINICIÓN DEL CONCEPTO “SALUD MENTAL”

A fin de poder abordar este tema de mejor manera, será conveniente comenzar por desentrañar qué debemos entender por el esquivo concepto de la salud mental, porque de acuerdo a la propia Organización Mundial de Salud (OMS), sencillamente no existe una definición digamos oficial acerca de la salud mental.³

Sin embargo, siguiendo algunas ideas tanto de la propia OMS como de instituciones de salud nacionales, la salud mental bien podría describirse –que no de-

³ Secretaría de Salud del Distrito Federal, México, <<http://www.salud.df.gob.mx/content/view/1344>>.

finirse— como: “La capacidad psicológica del individuo de ajustarse a su medio y sobre todo al estrés al cual está sometido, incidiendo en el desarrollo de esta capacidad de ajuste de factores genéticos, biológicos, psico-sociales, culturales, etc.; pues dependiendo siempre de la interacción de estos factores, el individuo es susceptible o no de enfermar.” O bien, un concepto más breve acerca de la salud mental, podría ser: “El estado de equilibrio de una persona con su entorno sociocultural, que garantiza al individuo su participación, laboral, intelectual y social permitiéndole alcanzar bienestar y calidad de vida.”⁴

En este punto debemos recordar que la oms sostiene que la salud, más que la ausencia de enfermedad consiste en “el equilibrio bio-físico-psíquico del individuo, con el medio ambiente en que se desenvuelve”.

Por su parte, la psicología, que tiene estrecha relación con los problemas conductuales no pocas veces derivada de la salud mental, establece que ésta debiera ser promovida en al menos tres niveles, a saber:

- A *nivel individual* (autoestima);
- A *nivel comunitario* (inclusión social); y,
- A *nivel oficial* (con planes Estatales definidos de acceso a la salud pública).

A nosotros nos interesa tratar sobre todo el último de ellos, aunque sin dejar de tocar —así sea muy superficial y marginalmente por simples razones de pertinencia metodológica y espacio—, los dos primeros.

Añadimos que la salud mental es un sentido problema social del que no se habla porque no se conoce y mucho menos se reconoce; vamos, ni siquiera quienes lo padecen hablan de él por temor a que prejuiciosamente se les tilde de “locos”. Así, esperar que ellos se auto-diagnostiquen como enfermos, que se den cuenta de los problemas y desórdenes mentales que padecen, o que voluntariamente acudan a consulta con un psiquiatra, es inútil. Porque además ellos piensan que están enfermos de algo, sí, pero que no están locos.

Se trata de un prejuicio, sí, pero existe y de suyo poco o nada hacemos para combatirlo y desterrarlo. La idea es: ¡Que nadie se entere que acudimos nosotros, nuestro cónyuge o nuestros hijos, a consulta psiquiátrica o psicológica! ¡Qué vergüenza y qué pena! ¡Qué dirá la gente, nuestros vecinos, nuestra propia familia!

De manera que estamos ante un asunto de cultura —o mejor dicho: de incultura; una incultura que destruye y que mata—, y que para colmo velada o abiertamente transmitimos a las siguientes generaciones. Por lo que avocarse a prevenir y en especial a promover esta cultura previsional en la población, se convierte en

⁴ <<http://definicion.de/salud-mental/>>.

una estrategia fundamental en la prevención y eventual solución de los graves problemas de salud mental, como éste que ahora nos ocupa y preocupa, que es el suicidio.

No hay duda: se trata de un tema de salud pública, ni más ni menos; porque ésta no se agota en la salud física, sino que abarca también a la salud mental como enseguida veremos.

LA INFLUENCIA DEL CONTEXTO FAMILIAR EN ESTE TEMA ABORDADO

La familia –vista y entendida como núcleo, sistema o unidad social–, es el sitio en donde dan inicio los lazos afectivos primarios básicos, los procesos que forjan la personalidad, donde se estructuran los vínculos de la convivencia y la comunicación, e indiscutiblemente donde se estructura nuestra historia personal y nuestra manera de ser y de entender la vida.

Ese círculo íntimo llamado familia es el lugar en donde aún en contra de nuestra voluntad se irán mezclando las ideas, los gustos y los conceptos formados poco a poco a lo largo de las generaciones que nos precedieron y acaso también se formarán las que nos sucederán. De tal suerte que de manera inevitable se convierte la familia en el pilar en que se sustenta la identidad de una persona física, con todo lo que eso conlleva.

Si consideramos a la familia como un sistema, más allá del número de integrantes que la compongan, podremos entender la enorme repercusión que tiene en el contexto social, político, cultural y económico de la sociedad de la cual se forma parte. Empero, sucede que la familia, como institución primaria y básica de la sociedad, ha sufrido cambios importantes en las últimas décadas.

Veamos enseguida, de forma muy breve, cómo se ha ido modificando la familia a través del tiempo.

El concepto tradicional de familia y los roles que dentro de ella juega cada uno de sus miembros, se han transformado de forma trascendente en las últimas décadas, en una evolución –o acaso involución– por infinidad de razones:

- *Patriarcado*. Es el tipo que toma como punto de partida aquellas que estaban constituidas por un núcleo muy extenso, en las que inclusive convivían o se relacionaban diversas generaciones.
- *Nuclear*. Surge cuando poco a poco se fue reduciendo aquel tipo de familia, y está conformada sólo por padres e hijos.
- *Monoparentales*. Comienza con ésta la inserción de nuevos modelos familiares, en donde sólo uno de los progenitores es la cabeza de la familia (en

estos momentos, ya no sólo al cargo exclusivo de la mujer, sino hasta de varones).

- *Enlazadas*. Un tipo *sui generis* en donde se hallan dos o más familias conviviendo bajo un mismo techo.
- *Reconstruidas*. La integran que agregan al núcleo familiar la unión de los hijos habidos en relaciones afectivas anteriores, y a los que se suman los concebidos en común.
- *Unifamiliares*. Aquéllas en que por convicción decide vivir la pareja sola, renunciando libremente a tener hijos.
- *Parientes sin nombre*. Convivencia entre personas con las cuales no existe ningún lazo consanguíneo, esto es, como por ejemplo: “el hijo de la novia de mi papá, que obviamente no es mi hermano”; la relación entre “ex consuegros”; o bien “la relación entre ex cuñadas”; e inclusive entre “hermanos que conviven cada uno asumiendo un rol específico, uno al cargo del hogar y otro en el trabajo como proveedor del sustento familiar”, y otros más.
- *Sociedades de convivencia*. Integradas por parejas del mismo sexo o transsexuales, que a veces incluso optan por la adopción y la crianza de hijos.

Es importantísimo reconocer desde el punto de vista jurídico –en especial en materia de la protección social–, el gran impacto en la sociedad de estas nuevas tendencias y por ende las diversas formas de configuraciones de grupos familiares contemporáneas con padres de un mismo sexo, hijos engendrados en úteros ajenos, hijos de un padre que mediante acuerdo previo sólo se requirió su esperma, inseminaciones artificiales, adopciones multirraciales, etcétera.

La realidad es que estas familias –que bien podríamos llamar genéricamente como atípicas, para diferenciarlas de las que llamaríamos tradicionales o clásicas–, querámoslo o no reconocer, alcancemos o no a percibir las, lo cierto es que existen y, por lo tanto, requieren que los países adecuen sus legislaciones nacionales –junto a sus sistemas de educación, de salud y de seguridad social–, a estas nuevas formas de convivencia social.

Porque rezagada en el tiempo, la normativa legal, debido al prejuicio o prurito que causa legislar sobre estos delicados temas, como por ejemplo las actuales “sociedades de convivencia”, implica tener qué reconocer públicamente que el problema existe, subsiste y persiste, por más que algunos moralistas pretendan negarlo.

En este punto, no pocas veces es omisa la regulación legal nacional debido al inevitable “cobro de facturas políticas” que la población –compuesta de electores que manifiestan de esa manera su aprobación o desaprobación al tema–, orillan a desatender estos complicados problemas socioculturales.

Empero, todo esto es una sentida realidad que produce socialmente una enorme injusticia, con la natural irritación y hasta desesperanza de la población olvidada e inerme que mira con desencanto cómo los órganos competentes del Estado voltean hacia otro lado, en vez de ver el problema para reconocerlo y al menos intentar atemperarlo si no tuviese solución.

Cabría apuntar que las familias monoparentales, tan en boga hoy día y en su mayoría nucleadas alrededor de la figura materna, nos muestran a uno de los progenitores soportando todo el peso de la crianza, la manutención, el cuidado y educación de los hijos; ello es provocado por el creciente aumento de divorcios y la cada vez más frecuente conformación de uniones consensuales o de conveniencia, cuyo resultado hoy en día trae aparejado el aumento de niños y jóvenes que pasan la mayor parte del día solos, o acaso en compañía de sus pares, o bien en incipientes relaciones de pareja o de grupo.

Por otro lado, no sólo la estructura de la familia se ha visto transformada, sino que los roles que antaño desempeñaron cada sexo –los que permanecieron inmutables durante tantos años–, han debido adecuarse a las nuevas circunstancias.

El ejemplo más claro es la mujer. Con su necesaria incorporación al mercado laboral y su igualación en muchos planos con el hombre, ha revolucionado a la sociedad, modificando el rol masculino y restándole la autoridad omnímoda que anteriormente se concentraba en el varón.

Hoy, la pareja debe obtener ingresos y en esa especie de carrera laboral –no pocas veces materia de discrimen femenino–, los estudios universitarios se ha “feminizado” aún en carreras que otrora parecían exclusivas del sexo masculino, como la Ingeniería Civil o la de Abogado.

Por ende, la crianza de los hijos queda al cargo de los abuelos –una especie de padres sustitutos–, o bien de algún familiar, vecino o hasta “guardería de barrio”. Así, inculcarles valores a los hijos, en esas condiciones, resulta muy complicado, sobre todo cuando quienes cuidan a las criaturas entienden que su responsabilidad no es esa.

Los abuelos son pues una especie de “padres sustitutos” de los niños; pero la naturaleza propia de este tipo de relación abuelo-nieto debe ser analizada a fondo y con meticulosidad, debido a que los abuelos de suyo no se sienten responsables de la crianza de los menores bajo su cuidado, al entender que esa responsabilidad es propia de los padres y no de ellos. Los niños criados por abuelos debido a las ocupaciones profesionales de ambos progenitores, bien entienden pronto un tema crucial: que los premios es lo que les corresponde a los abuelos, más no los castigos.

Por lo tanto, queda cuestionada y hasta rota su autoridad legítima que debían ejercer sobre niños y adolescentes, lo cual conduce a una formación ausente de valores familiares; lo que se traducirá después, más temprano que tarde, en una crisis de valores sociales.

La repercusión principal es pues un eclipse de autoridad, que se hace patente en todo lo que se refiere, especialmente, a modelos adultos de conducta y aprendizaje, en donde los cambios en la configuración de la familia, los nuevos roles materno y paterno, las exigencias laborales y económicas, la incertidumbre existencial, o la complejidad de la vida actual, ha transformado a la familia en una instancia social que no cubre su papel socializador de antaño, al delegar los padres o tutores el ejercicio de la autoridad a otras personas como son los familiares o conocidos al cargo de los menores, a las trabajadoras domésticas o, en su defecto, a otras instituciones como guarderías o escuelas, en donde se supondría que los maestros asumen los roles paternos, terapéuticos y hasta de trabajadores sociales.

Esta situación se torna por demás compleja, dado que los mismos docentes son actores de los mismos modelos de conducta de los padres o tutores abdicantes, dando como resultado el llamado permisivismo.

No podemos olvidar entonces que para que una familia funcione como verdadero modelo de aprendizaje –o al menos favorezca el aprendizaje de un modelo–, es imprescindible que alguien asuma el papel de adulto responsable de un menor, de un adolescente o de un joven.

Bien entendido este punto, es dable afirmar que se trata de un problema de genuina educación social de los propios padres, porque es a ellos a quienes les corresponde educar a sus hijos. Un tramo de responsabilidad natural, humana y social que de suyo debiera ser obligatoria e indelegable –salvo causas verdaderamente graves, como por ejemplo las típicas causales de interdicción legal: demencia, alcoholismo, drogadicción, y otras causas análogas–. Siendo necesario que el Estado apunte todo esto mediante programas de políticas públicas de largo aliento, y no sólo gubernamentales que duran un sexenio y después se extinguen.

Aquí, ante esta situación, toca al Estado jugar un rol protagónico: el de la educación, la única medida preventiva que es efectiva para decrementar la incidencia de la violencia, criminalidad e impunidad que vive el país.

Sin que omitamos opinar que cuanto menos autoridad ejercen los padres o tutores, curiosamente más paternalista se exige que sea el Estado, delegándosele de hecho funciones de la familia en otros roles –por ejemplo: para el eventual ingreso a discotecas, espectáculos, licencias de conducir, prohibiciones diversas

como consumo de alcohol y drogas, etc.–; por lo que es fácil advertir que la autoridad no ejercida oportunamente por los padres, deberá de ser ejercida de manera sustitutiva por las instituciones públicas, la mayor de las veces mediante el uso de la fuerza y acaso la represión, como medio efectivo de control.

Actos autoritarios efectuados por el Estado que, para colmo, paradójicamente los mismos padres y la sociedad entera cuestiona y rechaza.

LA INFLUENCIA DEL ENTORNO SOCIAL EN LOS PROBABLES CASOS DE SUICIDIO

El medio ambiente y el entorno general en el cual se desarrollan los niños, adolescentes y jóvenes en la actualidad, es bastante peculiar. Veamos por qué.

Hasta hace pocos lustros, las dos principales fuentes de información eran los libros, junto a las lecciones orales de padres, maestros u otros adultos significativos ligados a la familia, dosificadas sabiamente. La irrupción de la tv como, digamos, un “miembro” más del grupo familiar, terminó con esa dosificación o progresivo revelamiento de realidades crueles e intensas de la vida, tales como: enfermedades, guerra, violencia, muerte, delincuencia, ambición, corrupción, promiscuidad o vicios de toda índole; rompiendo de tajo con la veda hacia temas considerados como tabúes, acabando de paso con la otrora denominada “inocencia infantil”.

Hoy, una criatura de 10 años, sabe más de estas realidades de lo que sabían las anteriores generaciones a los 12 o hasta 15 años. El grave problema es que sus mentes aún inmaduras no están preparadas para analizar y procesar todo ese mundo real, crudo, perverso, deshumanizado.

En la tv y en general en todos los medios masivos de comunicación, se ofrecen y publicitan abiertamente temas relativos a cambio de modelos de vida, con ejemplos y contraejemplos, valores y contravalores en sociedades de consumo, lo que abruma y no permite discriminar la información brindada a los niños y jóvenes; la programación habitual conlleva en sí noticias y mensajes contradictorios de todo tipo, e imbuje en la mente de los inermes telespectadores, ideas cuya influencia negativa incidirá en la imitación de conductas asociadas a la felicidad o el éxito.

Por ejemplo, el mensaje permanente en este mundo consumista de hoy, es que para ser feliz se requiere tener dinero y belleza; en contrapartida, quien no posea ambas cosas –dinero y belleza–, debe ser entonces un ser infeliz. Así, la idea-eje en que todo esto gravita es: “mientras mejor me vista, tenga un auto deportivo y una departamento de fábula, más pronto conquistaré el éxito”; o bien: “si

ingiero alcohol, drogas o practique el sexo, seré más libre y por ende más aceptado y popular entre mis pares”.

No olvidemos que ya se ha dicho que la tv no tiene la misión intrínseca de educar, pues esencialmente debe limitarse a divertir al público telespectador. Empero, ese planteamiento resulta demasiado simplista como para ser aceptado sin más, pues es incuestionable que en esta era de la cibernética e hiper-tecnología en que vivimos, dicho medio de comunicación juega un rol fundamental en la sociedad y en la familia.

En no pocos casos, la educación a distancia –un sistema de enseñanza / aprendizaje injustamente satanizado–, depende de la tv. Además, le toca al Estado una función que jamás debiera la sociedad entera perder de vista: la concesión de señal y por ende su regulación legal, por lo cual éste debiera considerar la sana competencia, así como la oferta variada en temáticas y programación a los diversos sectores y segmentos poblacionales. Una regulación que, por cierto, nunca debe confundirse con la censura, pues son muy distintas la una de la otra.

La tv, en la vida cotidiana, pretendidamente sustituye a una persona, hace compañía y de alguna forma le permite al niño o adolescente sentirse “acompañado”.

Así las cosas, la tv en forma conjunta con otros medios de comunicación como revistas, periódicos, y la radio, promueven creencias, emociones y adhesiones totales, masivas; por lo cual, lejos de sumir a los niños en la ignorancia, les hace aprenderlo todo y, por lo general, en absoluta soledad, sin padres o tutores que los puedan acompañar en el proceso (guiarles, orientarles, hacerles razonar u opinar acerca de los temas tratados, compartir u oponerse de las ideas masivamente difundidas, o simplemente contra-argumentar acerca de lo leído, visto o escuchado).

Súmese al “mágico” asunto de la tv, el enorme problema que representa el internet al que acceden los niños y adolescentes sin control ni supervisión alguna, medio éste en cual pasan en promedio entre 3 y 4 horas diarias, expuestos a toda clase de portales de información y en donde pueden inclusive contactarse de forma directa y simultánea a través del uso de las cámaras web, y entonces tendremos un diagnóstico inquietante de nuestra niñez y adolescencia.

Es factible afirmar entonces que en este mundo actual en donde todos los días se ven por doquier los avances tecnológicos, paradójicamente mientras más comunicados estamos, más solos nos sentimos. Y ya se sabe que la soledad suele ser devastadora para la gran mayoría de los seres humanos, totalmente aislados en un mundo sobrepoblado en donde la constante es el celular, el *ipod*, el esclavismo virtual de los juegos cibernéticos, etcétera.

De manera que, siendo evidente que la socialización primaria del niño se inicia en el seno de cada familia, también lo es que el mundo exterior penetra rápidamente en ella; por lo tanto, se trata no sólo del papel o modelo que representan los padres, sino además, del que desempeñan otros adultos significativos, entre los que estamos sin remedio incluidos los profesores.

Así las cosas, el problema no es sólo del niño o del adolescente en constante soledad, que acaso hasta vuelca su necesidad de afecto y compañía en una mascota con la que habla y conversa como si fuese un ser humano; vamos, el problema ni siquiera lo es sólo de sus propios padres. El problema es de todos y nos atañe a todos por igual, pues como sociedad organizada que nos preciamos de ser, de una u otra forma nos afectará sin remedio.

Siendo aquí donde debería de intervenir el Estado, por medio de programas públicos consolidados y avalados por verdaderos expertos, que tiendan a fomentar la convivencia e integración familiar, en lo que constituiría una responsable tarea de medicina preventiva, en materia de la salud mental de la población.

Porque estimular el respeto, la tolerancia, el razonamiento, la comprensión, la serenidad, ofrecer ayuda, apoyo, reconocer y recompensar en forma explícita cualidades y logros, las conductas positivas pro-sociales, la colaboración, la empatía y la responsabilidad, son parte de una vida familiar equilibrada y satisfactoria que redundará en la salud mental y física de los niños y jóvenes.

LA SALUD MENTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Los problemas mentales en la niñez, pubertad y en la adolescencia son cada día más frecuentes, incidiendo en el desarrollo normal y en la vida cotidiana de este tipo de seres humanos que requieren, en razón de sus propias circunstancias, de una prioritaria atención, sobre todo, en su etapa formativa.

Tales problemas son de gravedad variable, al igual que su duración, misma que puede ser temporal o repercutir a lo largo de toda su vida, cobrando importancia su debida detección y tratamiento temprano.

De acuerdo a estadísticas del Instituto Nacional de Salud Mental, de la Universidad de Virginia (EUA), los problemas mentales más frecuentes son:

- Depresión derivada por bajo rendimiento escolar, baja autoestima, e inseguridad, consumo de sustancias prohibidas y la desintegración familiar.
- Ansiedad como producto de la soledad, conductas agresivas o violencia intrafamiliar.
- Trastorno hiperactivo de déficit de atención, y
- Trastornos alimentarios graves, como la anorexia y la bulimia.

Estos eventos prelistados afectan a un 10% de los niños y adolescentes, problemas de salud mental que derivarán a su vez en conductas desadaptadas en la edad adulta, siendo probable que terminarán por convertirse en trastornos graves de personalidad.

Los organismos de salud dedicados específicamente al tema de la salud mental –entre ellos la oms–, estiman que hoy en día casi un 20% de la población general sufre de algún problema específico relativo a este tipo de problemas; considerándose que tan sólo en la primera década del siglo xxi, 450 millones de personas en el mundo padecen desórdenes mentales graves, y acaso lo peor de todo ello es que las tendencias aumentan exponencialmente por un sinnúmero de razones, entre las que descollan: a) el estilo de vida; y, b) las presiones socio-económicas; siendo ambas productoras de insatisfacción.⁵

Conforme a la misma fuente consultada, estadísticamente las enfermedades más comunes en el aspecto mental lo son:

- a) En primer término, la ansiedad, la que afecta primordialmente a las mujeres.
- b) En segundo lugar, los llamados cuadros sicóticos, causados generalmente por el abuso de sustancias, lo que es más frecuente en hombres; y,
- c) En tercer lugar, la depresión, que es uno de los mayores detonantes de conductas suicidas, la que afecta de manera en similar proporción a mujeres y a varones; aunque con variables significativas en cuanto a edades se refiere.

⁵ Datos extraídos del Suplemento Semanal “Uno, Salud y Vida”, del Diario Público (Grupo Editorial “Milenio”), del 4 de octubre de 2008, específicamente del artículo intitulado: “Un camino hacia la estabilidad” [pp. 4-5], de Mayra Torres de la O, que está basado en entrevistas sobre salud mental hechas a los médicos psiquiatras doctor César González González (jefe de investigación del Instituto de Salud Mental de la Secretaría de Salud), y doctor Francisco Martínez Barreto, adscrito a la Secretaría de Salud, Jalisco.

Debe añadirse que el trastorno de la ansiedad es el producto de la liberación irregular de los neurotransmisores; este padecimiento se integra con otros como el “trastorno de pánico”, caracterizado por una sensación de ahogo, palpitaciones, temblores, sudoración, náuseas y otros síntomas. En la ansiedad generalizada, la persona teme perder el control y sus preocupaciones se acompañan de tensión, irritabilidad, alteraciones de sueño e impaciencia.

En el trastorno obsesivo compulsivo se deterioran las actividades en general y se experimenta dificultad para relacionarse con otras personas. Otros son las fobias, que son un medio persistente e irracional a un objeto o a una situación.

Nota importante: El día 10 de octubre de cada año se conmemora el Día Mundial de la Salud Mental. En 2008 dicha conmemoración tiene un lema que resulta altamente sugestivo: “Convertir a la salud mental en una prioridad global”.

Cabe añadir que estas cifras cada día van en aumento en todo el planeta, aunque por ahora, debido a la poca atención que muchos países le brindan a este mal social, se carezca de estadísticas confiables que así lo demuestren.

Se deberá tener siempre presente lo que ya se sabe –aunque muy pocas veces se reflexione en esto–. La adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la etapa adulta, y por lo tanto es un periodo crítico en la vida de todos los seres humanos en el que los acontecimientos que ocurran serán determinantes en la formación de la personalidad del adulto y su posterior interacción con la sociedad.

No debe olvidarse que la adolescencia es un periodo del desarrollo que conlleva mucho estrés, lleno de cambios muy importantes: cambios en el cuerpo, cambios en la mente e ideas, cambios también en los sentimientos.⁶ Lo cierto es que todos estos factores interactúan y se superponen, convirtiendo el periodo de la adolescencia en un momento muy conflictivo y difícil de analizar.

Por lo tanto, aunado al intenso estrés de dicha etapa –de la que generalmente los seres humanos casi nunca salimos bien librados–, le debemos añadir la confusión, el miedo e incertidumbre, así como la presión que la sociedad y los adultos que los rodean ejercen sobre los adolescentes, a los cuales se les exige la capacidad de pensar y de discernir acerca de las cosas, desde un nuevo punto de vista.

Asumen prejuiciosamente los adultos, en especial los padres, que el niño o el adolescente son capaces de resolver por sí mismos los problemas y de tomar decisiones trascendentes, haciéndolo acaso por el medio tan crudo en que se han desenvuelto los menores.

Por otro lado, la duración de la adolescencia es variable y totalmente imprecisa. Hasta hace algunos años, el periodo de la adolescencia duraba un lapso aproximado de entre 10 y 12 años –contados éstos tras la pubertad–. Sin embargo, en la actualidad muestra una fuerte tendencia a prolongarse en el tiempo, debido a factores tales como: a) los largos aprendizajes socioprofesionales; y, b) la precocidad del comienzo de la pubertad y también al incremento de la longevidad.

Prueba de ello es la clara renuencia de los jóvenes por asumir responsabilidades y dejar el hogar paterno, al suponer que esa desagradable tarea sólo les compete a los adultos, negándose implícitamente a arribar de una buena vez a dicha condición. Entendiendo bien el problema planteado, a ellos les conviene sobremanera no asumir, en la medida de lo posible, este complicado rol de responsabilidades, retardándose artificialmente su transición a la etapa adulta incluso hasta después de los 30 años de edad biológica; claro está, si es que algún día se independizan y terminan de salir del hogar paterno.

⁶ La oms define estrés como: “el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción.” Para mayor información acerca del tema se sugiere consultar la página web <<http://healthclub.fortunecity.com/hockey/91/estres.html>>.

Ahora bien, es factible afirmar que la creciente incidencia de trastornos mentales y de conducta antisocial observada por los adolescentes, así como la sobreexposición de los jóvenes a la violencia en etapas tempranas, ha motivado ya a algunos países a investigar con seriedad absoluta el enorme impacto social de dicho problema, para estar en posibilidad de afrontarlo, midiendo sus eventuales repercusiones; la idea que subyace es simple, al entenderlo al fin como lo que en realidad son: problemas de salud pública.

Dichos estudios del impacto social y económico se efectúan primordialmente en países de la Unión Europea. Si bien es cierto que se realizan en el rubro de la sanidad pública que brinda el Estado directamente a población abierta (léase: asistencia social), también lo es que cada día se cobra más conciencia de que deben estudiarse en el rubro específico que atañe a los sistemas de salud institucional de la seguridad social; sobre todo al asumirse con gran preocupación su creciente impacto en cuanto a financiamiento se refiere.

Aunque después de todo, bien entendido el tema fundamental de la importancia y trascendencia de la salud mental de la población —en especial en los segmentos sociales de los niños y adolescentes—, ya sea mediante sistemas o programas de asistencia social, previsión social o de seguridad social, recuérdese que las tres forman parte del elenco de la genérica protección social nacional.⁷

EL SUICIDIO. UN GRAVE PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Una vez sentado todo lo anterior, a fin de poder contextualizar factores que inciden en las tendencias autodestructivas de los adolescentes, será necesario abordar colateralmente el preocupante asunto de la violencia social, una sentida realidad en México y el mundo de unos años a la fecha.

Para comenzar diremos que la oms describe a la violencia como: “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.⁸

⁷ Léase la Adenda del libro *Nuevo Derecho de la Seguridad Social actualizado*, 13ª ed., apartado 3: “La protección social y sus componentes básicos”, de la autoría de Ángel Guillermo Ruiz Moreno, México, Porrúa, 2008, pp. 931-937.

⁸ Otras ideas acerca de la violencia pueden consultarse en la página web de la oms: <www.oms.org>.

En la clasificación que se utiliza en el Informe mundial sobre la violencia y la salud,⁹ se divide a la violencia en tres grandes categorías, atendiendo primordialmente a quién es el autor del acto violento:

- 1) violencia dirigida contra uno mismo;
- 2) violencia interpersonal; y,
- 3) violencia colectiva.

En lo que ahora más interesa resaltar, respecto de la violencia dirigida contra uno mismo, ésta comprende dos distintos tipos de procesos perfectamente distinguibles entre sí:

- Los *comportamientos suicidas y las auto-lesiones* (tales como *la auto-mutilación*); y,
- El *comportamiento suicida propiamente dicho*, el que va desde el mero pensamiento de quitarse la vida, al planeamiento de dicho acto, la búsqueda de medios para llevarlo a cabo, el intento mismo de matarse, y la consumación del acto suicida.

Se calcula que en el año 2000, nada menos que 1,6 millones de personas perdieron la vida en todo el mundo debido a actos violentos, lo que representa una tasa de casi el 28,8 por cada 100 000 habitantes. Empero, lo más grave de toda esa violencia es que aproximadamente la mitad de estos fallecimientos (es decir: 800,000 fallecimientos) se debieron a suicidios; casi una tercera parte, a homicidios; y aproximadamente una quinta parte, a conflictos armados.

De esa estadística de suicidios, la oms ha difundido una estadística que resulta importante analizar, porque lo divide en segmentos por sexo y, en lo más trascendente, por edades de los suicidas.

En ella se señala también el incremento exponencial de suicidios en todo el planeta –lo que involucra tanto a países desarrollados con una economía sólida y muy aceptable nivel de vida, como a naciones en vías de desarrollo y con economía emergente–. De lo cual se colige que el suicidio no distingue razas, colores, sexo, idiosincrasia o posición social.

En la tabla estadística de la oms se observa cómo los porcentajes de suicidio se elevan conforme aumenta la edad de los individuos, siendo una constante que se matan más los hombres que las mujeres, con una inquietante excepción: el segmento de edades de 5 a 14 años, por lo que se comprueba que las niñas son más propensas a suicidarse que los niños; mostrándonos además cómo se dispara el

⁹ <www.oms.org>, WHO Global Burden of Disease project for 2000.

porcentaje de suicidios a partir de los 15 años, precisamente cuando suele comenzar el periodo de la adolescencia.

La estadística analizada a escala mundial, es la siguiente:

Tasa estimada de suicidio en el mundo
por edades (por cada 100,000 habitantes)¹⁰

Edad	Hombres	Mujeres
5-14	1.7	2.0
15-29	15.6	12.2
30-44	21.5	12.4
45-59	28.4	12.6
Más 60	44.9	22.1

Ahora bien, diversas cuestiones sobre la salud mental de los pre-adolescentes está estrechamente relacionada con la llamada “socialización de género”, particularmente con la falta de oportunidades percibidas y reales para que los jóvenes soliciten ayuda en momentos de estrés; la tendencia natural de los muchachos a no hablar acerca de sus emociones y de sus problemas personales; las dificultades para admitir sus necesidades de salud mental; y las rígidas presiones para seguir los papeles o normas tradicionales relacionadas con cada sexo.

Los estudios efectuados acerca de esta compleja cuanto dolorosa temática del suicidio, demuestran que en momentos de estrés o traumáticos, es más probable que los varones respondan con agresividad que las mujeres (ya sea contra los demás o contra sí mismos), que empleen la fuerza física o estrategias de distracción, y que nieguen o ignoren el estrés y los problemas; incluso se asocia a la misma causa con el mayor consumo de sustancias –prohibidas o no, según la legislación interna de cada país– entre los hombres. Estos patrones de conducta relacionados al género en las formas de soportar el estrés, también pueden verse en la incidencia de género en el caso de los suicidios.

Entonces habrá qué decirlo con toda claridad y con todas sus letras para que mejor se entienda: el suicidio se ha convertido en una de las tres primeras causas de muerte de los adolescentes; además, hay qué decir que las tasas de suicidio entre los adolescentes aumentan más rápidamente que entre otros grupos de edad. No debiera sorprender entonces que en el mundo, alrededor de 200 000

¹⁰ *Idem.*

jóvenes cometen suicidio anualmente, mientras posiblemente 40 veces más que esa cifra intenta suicidarse.¹¹

Además, con base en esa fuente de información consultada, en términos de disociación de sexos existe una estadística que debe movernos mucho a la reflexión académica y humanística: tres veces más mujeres que hombres intentan suicidarse, pero tres veces más hombres se suicidan.

Una hipótesis acerca de ello es que acaso las mujeres tienden a este tipo de conductas al hallarse desesperadas y pretendiendo ante todo llamar la atención de los demás –en especial de sus familiares, amistades o sus seres queridos–. En tanto que los varones se avocan con mucha mayor decisión a planear la mejor manera de acabar efectivamente con su vida, al considerar que en verdad no vale la pena seguir viviendo y sufriendo; después de todo, si él se considera ya un fracasado, más lo será si fracasa en su intento de suicidio.

No se omite añadir que si bien esa tasa de suicidios no resulta del todo confiable debido a que en todo el mundo, en no pocas ocasiones el intento de suicidio queda registrado como “accidente” (*sic*) o simplemente no se registra –suele considerarse como un hecho vergonzoso para la propia familia del suicida, la que termina decidiendo ocultarlo–, sí nos ofrece una idea más o menos clarificadora, dándonos además una perspectiva del tamaño de dicha problemática y su enorme repercusión en la salud pública. Ello sin dejar de considerar que en muchas legislaciones de Derecho Civil se prevé “testar” (léase: tachar), aun officiosamente, este dato acerca de la causa de la muerte de la propia acta de defunción del finado suicida, por respeto a su memoria y la de su familia.¹²

Ahora bien, el comportamiento suicida se define como la preocupación o acción orientada a causar la propia muerte de manera voluntaria.¹³

Se ha indagado al respecto del aludido comportamiento suicida que cerca de 25% de los púberes, adolescentes y jóvenes experimentan algún tipo de idea acerca del suicidio en algún momento de su vida. Sin embargo, cuando los sentimientos o pensamientos suicidas se vuelven más persistentes, y por ende vienen acompañados de cambios en el comportamiento o conductas de planeación espe-

¹¹ Programa de Desarrollo y Salud Adolescente de la oms, Informe 1998.

¹² Un ejemplo de ello, que no el único, lo es el artículo 129 del Código Civil para el Distrito Federal, en materia común, y para toda la República en materia federal. Otro ejemplo, aún más significativo, lo es el adicionado artículo 40-Bis (el cual consta por cierto de 39 distintos numerales, del 40-Bis 1, al 40-Bis 39) del Código Civil del Estado de Jalisco, y que regula la denominada “información privada”, en vigor desde el 18 de septiembre de 2004.

¹³ University Virginia Health System: <http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_mentalhealth_sp/teensuic.cfm>.

cífica del suicidio, el riesgo se incrementa sensiblemente, pues una cosa es estar deprimido y pensar en la muerte, y otra comenzar a planificar la auto-violencia.

Así, los factores de riesgo del suicidio varían de acuerdo a la edad, el sexo y las influencias culturales y sociales, y de suyo pueden modificarse a lo largo del tiempo. Por lo general, tales factores de riesgo del suicidio se presentan combinados. A continuación se incluyen algunos de los factores de riesgo que suelen presentarse:¹⁴

- Uno o más trastornos mentales diagnosticables o trastornos por abuso de sustancias.
- Comportamientos impulsivos.
- Acontecimientos de la vida no deseados o pérdidas recientes (por ejemplo, el divorcio de los padres).
- Antecedentes familiares de trastornos mentales, drogadicción, alcoholismo o de suicidio.
- Violencia familiar, incluido el abuso físico, sexual o verbal /emocional.
- Intento de suicidio previo.
- Presencia de armas de fuego en el hogar.
- Encarcelación.
- Exposición a comportamiento suicidas de otras personas, incluida la familia, los amigos, las noticias o en historias de ficción.

Importa resaltar que en la gran mayoría de las ocasiones, el púber o adolescente envía mensajes claros de posibles sentimientos suicidas, los que están asociados de forma directa a síntomas de depresión y de ansiedad. Empero, detectados oportunamente este tipo de mensajes por los padres o tutores, maestros, amigos o familiares, bien podrían disminuir sensiblemente las probabilidades de su eventual consumación, al dar inicio al tratamiento psicológico o psiquiátrico que, conforme a sus circunstancias, cada caso requiera. Por ello bien dicen los médicos psiquiatras que “el suicido avisa” (*sic*).

Para mayor información, entre otras varias se encuentran las siguientes manifestaciones que denotan la intención de suicidarse de los pubertos y adolescentes, respecto de los cuales todos deberíamos estar muy al pendiente si en verdad los amamos y nos importan:

- Cambios en los hábitos alimenticios y del sueño.
- Pérdida de interés en las actividades habituales.

¹⁴ National Institute of Mental Health (NIMH).

- Retraimiento respecto de los amigos y miembros de la familia.
- Manifestaciones de emociones contenidas y alejamiento o huida.
- Uso de alcohol y de drogas.
- Descuido del aspecto personal.
- Exposición a situaciones de riesgo innecesarias.
- Preocupación acerca de la muerte.
- Aumento de molestias físicas frecuentemente asociadas a conflictos emocionales, como dolores de estómago, de cabeza y fatiga.
- Pérdida de interés por la escuela o el trabajo escolar.
- Sensación de aburrimiento.
- Dificultad para concentrarse.
- Abiertos o velados deseos de morir.
- Falta de respuesta a los elogios.
- Aviso de planes o intentos de suicidarse, incluidos los siguientes comportamientos:
 - Verbaliza: “Quiero matarme” o “voy a suicidarme”.
 - Da señales verbales como: “No seré un problema por mucho tiempo más” o “si me pasa algo, quiero que sepan que ...”, “ No vale la pena continuar viviendo”
 - Regala sus objetos favoritos; tira sus pertenencias importantes.
 - Se pone alegre repentinamente luego de un periodo de depresión.
 - Puede expresar pensamientos extraños.
 - Escribe una o varias notas de suicidio.

Es importante saber también que las señales de aviso de sentimientos, pensamientos o comportamientos suicidas, pueden parecerse a las de otras condiciones médicas de salud física –por ejemplo, entratándose de enfermedades graves o catastróficas, como el cáncer o SIDA–, e inclusive a problemas psiquiátricos que, es obvio, deben ser tratados específicamente.

El tema trascendente en cualquier caso consiste en observar, ver esas señales de alerta que nos envía como un silente grito de ayuda el pretense suicida y, al percatarse de la problemática, en vez de negarla u ocultarla –como muchos lo hacen al negar la realidad–, asumirla y actuar en consecuencia rápidamente, buscando ayuda verdaderamente profesional.

Por lo tanto, el reconocimiento y la intervención temprana de los trastornos mentales y de abuso de sustancias son la forma más eficaz de prevenir el suicidio y el comportamiento suicida, no sólo en los adolescentes o jóvenes, sino de suyo en cualquier edad.

En este punto, estudios de la OMS y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han demostrado que los “Programas de Prevención del Suicidio” con más probabilidad de éxito, son aquéllos orientados a la identificación y el tratamiento de las enfermedades mentales y el abuso de sustancias, así como dirigidos expresamente al control de los perniciosos efectos del estrés, junto al de los comportamientos agresivos.¹⁵

A continuación presentamos las estadísticas oficiales de México respecto al tema que nos ocupa, acotando que la información más reciente del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), publicada en su página web, data del año 2005.

TASA DE SUICIDIO CONSUMADO EN ADOLESCENTES EN MÉXICO:

(1970-2000) [Por cada 100,000 habitantes]¹⁶

	1970	1980	1990	2000
Entre 15 y a 19 años:	1.49	2.24	2.89	3.40
Entre 20 y 24 años:	2.38	2.82	3.73	5.29

INTENTO DE SUICIDIO POR SEXO Y EDAD:

	H	M
Menos de 15 años:	5	9
Entre 15 y 19 años:	32	62
Entre 20 y 24 años:	42	39

¹⁵ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) puede ser consultada en la página web: <www.ops.org>.

¹⁶ Fuente: G. Borges, H. Rosovsky, C. Gómez y R. Gutiérrez, “Epidemiología del suicidio en México 1970-1994”, en *Salud Pública en México*, 38, 1996, pp. 197-206. INEGI, Estadísticas de Intentos de Suicidio, cuadernillo 7, edición 2001. Nota: La edad del adolescente está contemplada de entre los 10 a 19 años para los adolescentes, y entre 15 a 24 para los jóvenes, según lo ha establecido por razones metodológicas la OMS.

SUICIDIO CONSUMADO POR SEXO Y EDAD:

	H	M
Menos de 15 años:	53	27
Entre 15 y 19 años:	251	83
Entre 20 y 24 años:	406	74

Por otra parte, de acuerdo con información difundida por la UNICEF:

La falta de orientación y de oportunidades también se refleja en el alto número de adolescentes que mueren cada año en México por accidentes de tránsito, homicidios y suicidios. Según los datos oficiales, éstas son las tres principales causas de muerte entre los adolescentes de 12 a 17 años de edad en México. En el 2004, morían diariamente 4 adolescentes por accidentes de tránsito; cada semana eran asesinados 12 jóvenes, y 10 cometían suicidio.¹⁷

Además, según un estudio sobre estadísticas de suicidios en México, publicado por el INEGI en el 2004,¹⁸ nueve entidades concentraron, en 2003, 55% de los suicidios ocurridos ese año en el país: Jalisco, Veracruz, Distrito Federal, Guanajuato, Yucatán, Chihuahua, Tabasco, Nuevo León y Sonora. Cada una registró más de 150 suicidios en ese año, las cifras más altas en la escala nacional.

En 2005, de acuerdo a la información oficial del INEGI acerca del tema, se reporta un total de intentos de suicidio de 227 y 3 553 suicidios consumados a nivel nacional; de éstos, se efectuaron por menores de 15 años, un total de 139; y en el rango de entre 15 y 24 años un total de 948.¹⁹

En cifras más recientes, el paradisíaco Cancún comparte con Guadalajara el primer sitio entre las ciudades con mayor incidencia de suicidios en México. Cancún alcanzó 106 suicidios en 2007, casi un 60% de los 183 de Quintana Roo en ese año, en el que pasó del octavo al segundo sitio dentro de la estadística de los estados, en la que por cierto, Jalisco registró 385 para situarse en el primer lugar de acuerdo a cifras del Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Por lo demás, en Quintana Roo refieren que la entidad aumentó en 2007 su tasa de suicidios hasta en 200%.²⁰

¹⁷ <http://www.unicef.org/spanish/worldfitforchildren/files/La_infancia_y_los_objetivos_de_desarrollo_del_milenio.pdf>.

¹⁸ <<http://www.proceso.com.mx/noticia.html?nid=43268&cat=1>>, del 21 de agosto de 2008.

¹⁹ <http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2005bis/suicidios_05.pdf>.

²⁰ <<http://www.lasnoticiasmexico.com/150122.html>>.

De manera pues que el problema del suicidio se está presentando con mayor incidencia en jóvenes de entre 15 y 35 años; lo que advierte un gran problema de salud mental y, además, un serio peligro para los adolescentes y jóvenes.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

En vista de todo lo cual, efectuamos las siguientes conclusiones y propuestas:

PRIMERA. La seguridad social en México y en el mundo, dentro de sus tareas prioritarias como derecho humano que es, contempla el rubro de la salud de la población protegida que abarca, entre el IMSS y el ISSSTE –sin contar al resto de Seguros Sociales, tanto el militar federal, como el de las 31 entidades federativas del país–, al menos 60% de la población.

Por lo tanto, debido a su enorme trascendencia e impacto sociales, el asunto de la salud preventiva y curativa (física y mental), resulta prioritario en sus estrategias institucionales, así sea éste –el rubro de la salud institucional–, el más costoso de todos los servicios a su cargo, incluso por encima del tema pensionario. Sin que se omita señalar que el IMSS está no sólo facultado sino obligado a ello, con base a los artículos 110 y 111 de la Ley del Seguro Social vigente; en tanto que el ISSSTE lo está con base a los artículos 27, 28 y siguientes de su propia legislación marco.

SEGUNDA. Conforme al tercer párrafo del artículo 4° de la Constitución Política Mexicana, al nivel de garantía individual se establece que todo individuo tiene derecho a la protección de la salud, sea ésta física o mental; en dicha tarea prioritaria que el Estado lleva a cabo cotidianamente mediante la asistencia social a población abierta, en congruencia con la Ley General de Salud de observancia federal, resultan de enorme importancia los planes y programas oficiales en materia de la salud pública, la que no debe prejuiciosamente limitarse a la salud física, sino también a la salud mental de la población, y en especial de grupos o segmentos poblacionales no atendidos por la seguridad social.

Lo que ligado a los planes y programas instrumentados a su vez por los Seguros Sociales [aunque la legislación de éstos sea omisa en incluir expresamente el rubro de la salud mental, se sobrentiende la misma si se atiende a la definición de salud que hace la OMS], nos lleva a considerar la existencia de una estructura Estatal y por ende la obligada coordinación en los problemas de sanidad más sentidos de la población.

TERCERA. Hoy día es preocupante el penoso tema de la salud mental de la población en México, siéndolo todavía más el terrible asunto del suicidio que, a

nuestro entender, afecta de manera más sensible a los pubertos y adolescentes deprimidos y en soledad, muchachos a quienes muy probablemente sus padres han debido dejar a solas la mayor parte del tiempo en aras de procurar el sustento familiar.

CUARTA. Entendemos que cambiar la realidad es punto menos que imposible, por lo que habrá que asumir estas cuestiones como un asunto en donde el Estado debe actuar decisivamente, si no para modificar realidades, al menos para detectarlas, reconocerlas, atenderlas y atemperarlas. Urge combatir frontalmente la perniciosa influencia de esta lacerante realidad que nos ha alcanzado y que afecta a muchos de nuestros conciudadanos en el rubro de la salud mental, en especial al segmento adolescente y juvenil.

QUINTA. Por lo tanto, se requiere de implementar e instrumentar a la mayor brevedad, Políticas Públicas de largo aliento específicamente en el rubro de la salud mental, en aras primero de determinar con alguna certidumbre el tamaño del inquietante problema del suicidio en la población juvenil y, en consecuencia, creando sendos Programas Públicos Nacionales –que no simples planes gubernamentales que duren un sexenio–, que busquen educar a la población para que aprendan a detectar y en su caso afrontar, con toda oportunidad y responsabilidad, este tipo de problemas; contando a tiempo con el asesoramiento profesional que en no pocas ocasiones será la única alternativa para evitar que algunos de nuestros hijos pretendan escapar de su lacerante realidad por la denominada “puerta falsa” (*sic*).

Porque después de todo, evitar el suicidio de uno solo de nuestros adolescentes y jóvenes, bien valdría la pena ponderar y llevar adelante esta propuesta, la que requiere más de simple voluntad política que de una inversión económica onerosa por parte del Estado. Y aunque el asunto requiriese inversión financiera y de infraestructura, pensemos que salvar una vida bien merece la pena el tiempo, dinero y esfuerzo invertidos.

MEDICINA Y ENFERMEDADES DE LOS GRUPOS INDÍGENAS DE MÉXICO

*Álvaro Guadarrama González**

INTRODUCCIÓN

La historia de México es una de las más interesantes del mundo por todo lo que podemos conocer de los grandes avances que nuestros antepasados tuvieron en todas las áreas del conocimiento, en especial, en relación con la medicina.

México se ha caracterizado siempre por el alto nivel que tiene en la medicina, ya que tanto el aspecto académico de la misma como la práctica profesional de los médicos mexicanos, la ubican muy por encima de la mayor parte de los países de América Latina, sobre todo por el enfoque social que tiene.

Cuando comentamos a los extranjeros que en México desde el año 300 d.C. ya se practicaba la trepanación craneana o cirugía del cerebro, se sorprenden mucho, pues en esa época no había ningún desarrollo de la cirugía en Europa, y las sanguijuelas hacían el trabajo de limpieza para tratar de curar a los enfermos.

Hablar de medicina en México significa remontarse hasta el siglo XVI a.C., pues ya entonces la salud significaba una buena relación con los dioses, y los médicos indígenas cuidaban mucho no sólo el aspecto curativo de la medicina sino, sobre todo, el aspecto preventivo.

En relación con la medicina preventiva Ivan Illich, fundador y director del Centro Intercultural de Documentación que tuvo su desarrollo en Cuernavaca en el año de 1960 y que estuvo en funciones hasta 1975, decía que los países desarrollados no necesitan de hospitales, en razón del aspecto preventivo de su me-

* Profesor Investigador de Tiempo Completo de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la UAEM. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Nivel I.

dicina. Sólo los países enfermos, decía él, necesitan de hospitales. Esto fue una realidad en México hasta el año de 1519, ya que los españoles trajeron a México enfermedades desconocidas por los médicos mexicanos, y causaron grandes estragos en la población.

Podemos clasificar la historia de la medicina en México en tres etapas diferentes, siempre con el enfoque de su elevado nivel: La etapa Prehispánica, la etapa Colonial y la etapa Contemporánea, contempladas éstas dentro del ámbito indígena.

ETAPA PREHISPÁNICA

Esta etapa abarca desde los años 1600 a.C. hasta el año de 1519 cuando inicia la intervención de los españoles en la Gran Tenochtitlan y el cambio radical que se da en la medicina en México.

Entre los grupos indígenas en el tiempo anterior a la conquista, la medicina era una parte primordial en su vida diaria, de tal manera que los médicos ocupaban un lugar de preeminencia en la sociedad. Entre los mexicas, los médicos pertenecían a los *pilli* (señores de la nobleza) y eran apreciados por su gran sabiduría. Su nombre era *titici*, (en plural), y eran los responsables de atender los aspectos preventivos y curativos de la medicina. Carlos Viesca nos dice que

...La medicina era llamada genéricamente *ticiotl*, de donde deriva el término *tícin* que denota al médico. Las mujeres que atendían los partos y los problemas obstétricos recibían el mismo nombre, de manera que los textos que se refieren a ellas las llaman “médicas”, sin distinguir entre médica y partera, señalando así que dichas actividades tenían una consideración social similar y que la atención de los partos no era solamente un ejercicio práctico aprendido por imitación y carente de teoría y de reflexión, sino que estaba integrado plenamente al conjunto de la medicina. El cirujano era *texoxotla ticitl*, llamado “médico que aserra o lima (piedras)”.

Las evidencias indican que no había una separación formal entre medicina y cirugía, dando a una mayor importancia que a la otra, sin desprestigiar las actividades manuales comparativamente con el nivel que se daba a las intelectuales, sino que se consideraba a la cirugía como una consecuencia lógica y práctica del saber médico, de manera que se pensaba que el buen médico debería ser también un buen cirujano, es decir, debía tener conocimiento y destreza manual. El requisito para ser cirujano era, de manera similar a la actual, que el aspirante, además de su capacidad para aprender medicina, debía tener las aptitudes manuales necesarias para la práctica de las operaciones. Cuando los médicos tlatelolcas y mexicanos refirieron a fray Bernardino de Sahagún, el fraile franciscano a quien tanto debe el estudio de la cultura mexicana prehispánica, qué era lo que ellos hacían profesionalmente, fue-

ron muy claros: el buen médico “suele curar y remediar las enfermedades”, actividad que por igual exigían a la “buena médica”.¹

Fueron dos los grandes enfoques de la medicina indígena: el enfoque preventivo y el curativo.

En el enfoque preventivo podemos mencionar algunos de los aspectos que ellos cuidaban para conservar la salud de los habitantes de cada grupo.

1. Alimentación balanceada. Los médicos cuidaban mucho que la población tuviera una alimentación balanceada que los mantuviera sanos y fuertes. En cada grupo indígena había cuando menos un médico *tícini*, encargado de vigilar la alimentación de los *pilli* o nobles, sobre todo del *tlatoani* (el que puede hablar) quien gobernaba a la nación.

La alimentación comprendía el consumo de legumbres que eran propias de cada región, legumbres que en su mayoría continúan consumiéndose en nuestro país, tales como el chayote, el chilacayote, la calabaza, el nopal y las raíces como el camote y el guacamote. Consumían igualmente frutas como el tejocote, el aguacate, la guayaba, el cacahuete, y una gran variedad de chiles para condimentar sus alimentos. La base de su alimentación estaba en el maíz, en una gran variedad, como lo sigue siendo hasta la fecha no sólo para los indígenas, sino para la población en general. Había una diversidad de frijoles, desde el negro hasta el ayocote que guisaban en diversas formas. Todavía ahora en los tianguis de diversos lugares del país, sobre todo en el centro de México se puede encontrar esa gran variedad de maíz y de frijol. Consumían también los hongos que se dan en una gran variedad en México, entre ellos el cuitlacoche, que es el hongo del maíz.

Tal vez una de las principales fuentes de proteínas que consumían se encontraba en los insectos, tales como el chapulín o grillo, el gusano de maguey, las hormigas, el jumil, que sigue siendo muy apreciado hasta la fecha, sobre todo en los estados de Guerrero y de Oaxaca.

Los grupos prehispánicos de México tenían una muy buena cultura para el consumo del pescado, dada la gran variedad de éstos, no sólo en los cuatro millones de kilómetros de mar que tiene México, sino en la abundancia de lagos y ríos de nuestro país. Igualmente consumían aves, como el guajolote, el faisán, la güilota y una serie de aves que variaban de acuerdo a la región.

¹ Carlos Viesca, *La medicina Prehispánica, de la obra Gran Historia de México Ilustrada. El mundo prehispánico*, vol. II, México, Planeta de Agostini, Conaculta, INAH, 2004.

Entre los animales cuadrúpedos encontramos el consumo del venado y del ix-cuintli o perro doméstico, que engordaban para utilizarlo vivo como medicina para la artritis y otras enfermedades, por el calor que despiden este animal, pues no tienen pelo, y también lo comían como un platillo de lujo.

La población en general se alimentaba bien y esto evitaba muchas enfermedades, sobre todo gástricas, además de la riqueza de proteínas que consumían para resistir las arduas tareas a las que se dedicaban.

2. Limpieza bucal. Los diversos grupos de México tenían el hábito de lavar su boca antes y después de cada alimento, con plantas que servían para fortalecer su dentadura. Al estudiar los cráneos de diversos lugares y grupos prehispánicos encontramos que por lo general éstos tienen sus piezas dentales completas, sin caries y la razón de esto se debe a dos factores: el cuidado bucal y el consumo de calcio sobre todo procedente del maíz. Todavía en muchos lugares de México, por ejemplo entre los mixes de Oaxaca, existe esta costumbre tan efectiva en el cuidado de su salud, pues al haber una verdadera limpieza bucal se evitan enfermedades gástricas causadas por las infecciones en la boca.

3. Práctica del deporte. Para los grupos prehispánicos de México el deporte jugaba un papel muy importante, pues era la fuente primaria de la salud, junto con la dieta balanceada. En México se practicaban muchos deportes, siendo el más importante de ellos el juego de pelota por la connotación religiosa que tenía, pues este juego había sido creado por los dioses mayas *Hunapub* e *Ixbalanqué* para derrotar a los señores del inframundo o *Ahuab de Xibalbá*. Este deporte se extendió por todo el país llegando a las principales culturas de esa época. Además de los mayas, también lo practicaron los mixtecos y zapotecos, aunque con diferentes reglas, pues en el juego de pelota mixteco no había aros por los que pasaba la pelota para anotar, sino que en el centro de la cancha había una división imaginaria y era parecido a un juego de volleyball, donde el jugador de un equipo sacaba la pelota golpeándola con un guante y ésta tenía que ser contestada de aire o con un bote solamente.

En el estado de Michoacán se practicaba un juego de pelota semejante, pero con la pelota encendida. Estos tres tipos de juego se siguen jugando hasta la fecha, aunque no con el profundo sentido religioso que tenían entonces. Para practicar este deporte, los jugadores tenían que tener una condición física atlética, pues era mucho el desgaste y algunas veces duraba más de seis horas.²

² Cfr. Video sobre el juego de pelota que se practica en diversos lugares, sobre todo en los estados de la península de Yucatán y el estado de Michoacán, en particular en Xcaret, como parte de su espectáculo nocturno llamado *Xcaret de Noche*.

Además del juego de pelota practicaban la natación los clavados y un juego parecido al jokey, tal como se puede apreciar en el mural de Teotihuacan dedicado al dios *Tláloc*, más conocido como *Tlalocan* o cielo del dios *Tláloc*. El original se encuentra casi destruido, pero en el Museo Nacional de Antropología se encuentra una réplica del mismo en la sala Teotihuacan, donde se puede apreciar a los jugadores con bastón y a los nadadores y clavadistas. En el resto de la República Mexicana encontramos diversas manifestaciones del deporte, llamando la atención el practicado hasta la fecha por los tarahumaras del norte de México.

4. El uso del temazcal. El temazcal es un baño de vapor compuesto por un cuarto de piedra en cuyo interior hay una banca y una entrada pequeña. Dentro de este cuarto se colocan piedras volcánicas o tezontle. En la preparación del baño se calientan las paredes del cuarto y las piedras, que son muy porosas. Después se les pone agua fría y se produce un vapor intenso. El temazcal forma parte de un ritual para buscar la salud de cuerpo y alma. Representa la entrada al vientre de la Madre Tierra, a fin de poder escucharla. Se habla de cuatro puertas o tiempos de duración dentro del temazcal que corresponden a los cuatro elementos. Después de estar el tiempo establecido dentro del temazcal, se recibe un masaje terapéutico y se beben infusiones de té que permiten tener una limpieza total.

El temazcal es considerado como parte de la medicina preventiva y de la medicina curativa al mismo tiempo.

En cuanto a la medicina curativa, encontramos que los médicos tenían controladas propiamente todas las enfermedades de la región, a través del conocimiento de la herbolaria del lugar y de su aplicación correcta. Los médicos recibían una educación muy rigurosa desde niños, y casi siempre el hijo mayor varón era el que recibía la oportunidad de prepararse para esta actividad tan importante. Como ya se ha dicho, los médicos pertenecían a la clase social llamada *pilli*, equivalente a la nobleza española. Su papel era mantener la armonía corporal de la gente mediante la salud, para que pudieran estar en armonía con los dioses. Lo más sorprendente de la medicina curativa que se practicaba en México antes de la Conquista fue la cirugía, puesto que en el año 300 d.C. entre los zapotecas de Oaxaca se realizaba la cirugía del cerebro, para atender, entre otras enfermedades, problemas de epilepsia. El Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH) tiene un video (*Los Zapotecas*) en el que se presentan varios cráneos de personas que fueron trepanadas para realizarles la cirugía del cerebro, narrado por el gran antropólogo de México Eduardo Matos Moctezuma, responsable del proyecto del Templo Mayor.

Carlos Viesca nos habla de los orígenes míticos de la medicina y señala que

...Como en muchas otras culturas del mundo, los nahuas y mayas prehispánicos pensaban que la medicina era una de las actividades de mayor importancia y remitían sus orígenes al inicio mismo de la cultura [...] Numerosas enfermedades eran atribuidas a la acción de diferentes deidades, las cuales eran asociadas a ellas a través de variados mecanismos que permitían establecer explicaciones comprensibles dentro del marco de las creencias y conocimientos médicos propios de las culturas prehispánicas.³

Llama mucho la atención un cráneo en el que hay tres perforaciones perfectas, lo cual indica que el individuo fue sometido a tres cirugías diferentes. En la primera trepanación, el tejido óseo está reconstituido casi en su totalidad lo que indica que siguió vivo después de esta primera cirugía. En la segunda trepanación el tejido óseo está reconstituido a la mitad, y en la tercera trepanación ya no hay tejido reconstituido, lo cual indica que la persona murió después de la tercera cirugía. Estamos hablando de aproximadamente el año 300 d.C., cuando en Europa no se había iniciado ningún proceso quirúrgico. Había otra clase de cirugía, como la reconstitución de muñones, cuando había amputaciones de extremidades durante la guerra o por ataque de animales salvajes como el jaguar. Las demás enfermedades, incluso las venéreas, como la sífilis, estaban bien controladas por los médicos de cada grupo. Carlos Viesca nos dice en relación con la cirugía lo siguiente:

La Cirugía. El tratamiento de las heridas era algo que se hacía con eficiencia, tal es la experiencia de Cortés que, cuando se refugió en Tlaxcala después de la batalla de Otumba, pidió que él y los demás heridos fueran atendidos por los médicos tlaxcaltecas. Sin embargo, había lesiones que requerían de tratamientos muy específicos que vale la pena mencionar. Cuando la nariz de un guerrero que quedaba por fuera del área que protegía el casco, era cercenada, se volvía a colocar en su lugar y se suturaba con hilos muy delgados extraídos de la penca del maguey o con cabellos; se indica que cuando la nariz se caía tras ponerse negra, es decir, por no haber podido restablecerse la circulación, era necesario hacerla postiza, aunque desgraciadamente no se sabe cómo ni de qué material. Lo mismo se indicaba para reponer las orejas cortadas, lesión frecuente porque durante la guerra se acostumbraba cortar las orejas de los cautivos, con lo cual se aseguraba que no podían escapar y confundirse con los demás combatientes.⁴

Otra área muy importante de la medicina prehispánica era la obstetricia, labor realizada generalmente por mujeres que recibían una capacitación igual a la de

³ C. Viesca, *La medicina prehispánica...*, p. 136.

⁴ *Ibid.*, 138.

los hombres, pero en este campo específico, y recibían el mismo trato que los médicos hombres. El autor antes mencionado, Carlos Viesca, señala:

El cuidado de la embarazada y la atención del parto era una actividad preciada en las sociedades mesoamericanas. La concepción se asociaba con el acto sexual, pero para que este fuera fecundo, se necesitaba que bajara del cielo una pluma o una piedra preciosa que sería el corazón y el *tonalli* de la criatura, la cual era entonces un regalo de los dioses. Desde el momento en que la mujer se sabía preñada lo comunicaba a sus padres y parientes y, aproximadamente desde el quinto mes, era puesta bajo el cuidado de una partera que, como se ha visto, era también una *ticiti*.⁵

La medicina prehispánica formaba parte importante de la vida ritual de los indígenas. Cada curación que se realizaba iba acompañada de música y danza, pues esto agradaba a los dioses. Por ejemplo, el tambor o *teponachtli* representaba la tierra. Era el latir del corazón de la tierra. El caracol era para pedir permiso a los cuatro elementos a fin de llevar a cabo una curación exitosa.

Podemos afirmar que en todo el país, a pesar de tener diversas naciones, la medicina ocupaba un lugar primordial y los médicos eran personas de gran prestigio, situación que cambió radicalmente con la llegada de los españoles.

ETAPA DE LA COLONIA

En el año de 1519 la situación de México vino a cambiar en forma dramática y drástica con la llegada de Hernán Cortés y sus hombres. Llegaron como aventureros y no como exploradores, que había sido su encomienda por parte del gobernador de Cuba. A su llegada trajeron una serie de enfermedades desconocidas para los médicos mexicanos, que causaron grandes estragos entre la población indígena, pues los médicos mexicanos no sabían cómo atacarlas y los militares españoles no traían médicos, lo cual diezmó la población hasta en tres cuartas partes, sobre todo en Oaxaca. Enfermedades como la viruela, el sarampión, enfermedades gástricas que no había en México, sobre todo por el consumo de animales como el cerdo y el borrego, las vacas y otros. Surgieron enfermedades venéreas desconocidas y por lo mismo sin tratamiento, como la gonorrea.

Fue hasta el año de 1523 cuando llegaron los primeros 12 franciscanos, quienes se dieron cuenta de la urgente necesidad de médicos europeos, e inmediata-

⁵ *Ibid.*, pp. 138-139.

mente se dieron a la tarea de ayudar a los enfermos indígenas. En 1524 llega otro gran contingente de franciscanos, en 1526 llegan los dominicos con el temible Santo Oficio de la Inquisición, y en 1533 llegan los agustinos. Estos tres grupos de religiosos se dan a la tarea de construir conventos, entre otras cosas para usarlos como clínicas para curar a los enfermos indígenas y para enseñar a curar a los médicos mexicanos. Es importante notar que los conventos del siglo *xvi* se convirtieron igualmente en centros de intercambio cultural donde los médicos españoles aprendían de los mexicanos el uso y aplicación no sólo de las plantas medicinales, sino también todo lo relacionado con la cirugía indígena.

Muy pronto los misioneros se percataron de los grandes alcances que tenía la medicina de México y se preocuparon por enseñar español y latín a los médicos indígenas a fin de que escribieran sobre el uso de las plantas, flores y frutos en las diversas aplicaciones médicas que tenían. De esta manera en el año de 1552 el médico indígena Martín de la Cruz escribe un libro en idioma náhuatl sobre la medicina mexicana mismo que es traducido al latín por otro médico indígena llamado José Badiano. La traducción recibe el nombre de *Libellus de medicinalibus Indorum herbis* (*pequeño libro de las plantas medicinales de las Indias*) donde se describen una variedad de plantas medicinales de México y su aplicación. Desafortunadamente este libro fue enviado al Vaticano donde estuvo guardado por más de 300 años,⁶ hasta que en 1942 una editorial norteamericana John Hopkins Press, pidió permiso para traducirla al inglés, y en el año de 1968, con motivo de las Olimpiadas en México, el gobierno mexicano pidió autorización para traducir esta obra al español, recibiendo el nombre de *Códice Badiano*, en honor no a su autor, sino a su traductor. Cuando México reanudó relaciones diplomáticas con el Vaticano en 1992, el papa Juan Pablo II obsequió este libro al gobierno mexicano en señal de buena fe. La obra original se encuentra ahora en el Museo Nacional de Antropología e Historia de México. Xavier Lozoya nos dice lo siguiente:

Este libelo o librito fue preparado por los alumnos del mencionado colegio (Colegio de la Santa Cruz de Tlatelolco) bajo la dirección de los frailes franciscanos que deseaban enviar al rey Carlos V de España una prueba tangible de la capacidad intelectual y artística de los indios mexicanos. Para ello llamaron a un viejo médico indio del barrio de Tlatelolco, de nombre Martín de la Cruz, conocedor de las plantas medicinales autóctonas, quien dictó en náhuatl los usos y virtudes de los vegetales que habían sido seleccionados para la obra. Un joven y talentoso alumno del mismo colegio, el indio Juan Badiano, tradujo al latín la información de Martín, mientras los demás alumnos realizaron los dibujos a la acuarela de las plantas que conten-

⁶ Originalmente el libro fue enviado a España en el siglo *xvi*, pero más tarde fue enviado al Vaticano.

dría el librito. Así el *Libellus* quedó integrado con la descripción del uso medicinal de más de 150 plantas originarias de México y que se empleaban en la medicina prehispánica.⁷

Durante la Colonia (1521-1821) los misioneros fueron quienes más se preocuparon por preservar y recopilar la medicina indígena, aunque hubo reticencia por parte del Santo Oficio de la Inquisición hacia la forma en que aplicaban estos medicamentos, pues no debemos olvidar que muchos de ellos iban acompañados de rituales que les daban un sentido espiritual considerado malo por parte de los dominicos. En relación con esto Xavier Lozoya nos dice:

Durante los primeros cien años de la Colonia, el uso que los indios hacían de algunas plantas medicinales se asoció con actos de idolatría, ya que las curaciones autóctonas conservaban los rituales y las prácticas de la religión anterior.

Con el fin de evadir la represión, los indios cambiaron los nombres de muchas de sus plantas para confundir a frailes y sacerdotes que los acusaban ante el Tribunal del Santo Oficio, por considerarlos herejes y practicantes de la brujería. La nomenclatura botánica se llenó entonces de términos cristianos referidos a antiguas yerbas medicinales aztecas cuyo uso se había prohibido. Así surgieron nuevos nombres de plantas tales como “codo de fraile” (antes *yoyotli*) “purga de las ánimas” (antes *mecapatli*), “lágrimas de San Diego” (antes *tlachichinoa*), “palo santo” (antes *matlalcuahuitl*) y muchas otras que vinieron a confirmar la nueva nomenclatura de la herbolaria colonial.⁸

Resulta interesante ver de dónde surgen los nombres que tienen actualmente los médicos indígenas, llamados curanderos o brujos, pues no fueron los indígenas quienes les pusieron esos nombres, ya que ellos guardaban un gran respeto por sus médicos. El autor que vengo comentando nos dice:

El Tribunal del Santo Oficio condenaba a destierro o pena de muerte a curanderas y herbolarios denunciados de manera anónima por practicar la idolatría y la hechicería.

Los antiguos médicos indios (llamados en náhuatl *titic*) fueron perseguidos, por lo que se vieron obligados a esconderse en los remotos lugares donde se refugiaron las comunidades indias despojadas de sus tierras y fuera del alcance de las autoridades españolas [...] Los médicos indios fueron considerados “curanderos o hechiceros” y nunca se les reconoció su condición de terapeutas. Las plantas medicinales autóctonas que los europeos empezaron a utilizar para el alivio de los pade-

⁷ Xavier Lozoya, *La herbolaria en México*, México, Tercer Milenio, Conaculta, 1998, p. 14.

⁸ *Ibid.*, p. 20.

cimientos para los cuales no tenían remedios propios se incorporaron a la práctica de los facultativos españoles, pero sin aceptar el conocimiento indígena y adaptando su uso al concepto europeo de la enfermedad.⁹

Todavía en la actualidad algunos escritores famosos como Alejandro Jodorowsky, se refieren a los médicos indígenas con palabras que vienen a dar una imagen diferente de lo que son los médicos indígenas. En el prólogo a su obra *Psicomagia*, este autor escribe lo siguiente:

Habiendo vivido muchos años en la capital de México tuve oportunidad de estudiar los métodos de aquéllos a los que se les llama “brujos” o “curanderos”. Son legiones. Cada barrio tiene el suyo. En pleno corazón de la ciudad se alza el gran mercado de Sonora, donde se venden exclusivamente productos mágicos: velas de colores, peces disecados en forma de diablo, imágenes de santos, plantas medicinales, jabones benditos, tarots, amuletos, esculturas en yeso de la Virgen de Guadalupe convertida en esqueleto, etc. En algunas trastiendas sumidas en la penumbra, mujeres con un triángulo pintado en la frente frotan con manojos de hierbas y agua bendita a quienes van a consultarles, y les practican “limpias” del cuerpo y del aura [...] Los médicos profesionales, hijos fieles de la Universidad, desprecian estas prácticas. Según ellos la medicina es una ciencia. Quisieran llegar a encontrar el remedio ideal, preciso, para cada enfermedad, tratando de no diferenciarse los unos de los otros. Desean que la medicina sea una, oficial, sin improvisaciones y aplicada a pacientes a los que se les trata sólo como cuerpos. Ninguno se propone curar el alma. Por el contrario, para los curanderos la medicina es un arte.¹⁰

Aquí podemos observar este concepto que se tiene de los médicos indígenas, creado en la Colonia y vigente hasta nuestros días, y aunque se marque por este autor una separación tajante entre la medicina tradicional y la alópata, esto ha ido cambiando, como lo explicaré más adelante, al hablar de la medicina contemporánea.

Hubo misioneros, sobre todo franciscanos, que se preocuparon grandemente por defender y ayudar a la continuidad de la medicina indígena, entre ellos fray Bernardino de Sahagún, quien escribió sus libros con la información directa de los indígenas. La obra más completa de este misionero es conocida como *Códice Florentino* por ubicarse actualmente en Florencia. Respecto a fray Bernardino de Sahagún y su obra, Xavier Lozoya nos dice: “Los últimos decenios del siglo XVI vieron la producción de numerosos trabajos –algunos publicados, la mayoría inéditos–”

⁹ *Ibid.*, pp. 20-21.

¹⁰ Alejandro Jodorowsky, *Psicomagia*, 4ª reimp., México, Siruela, 2009, p. 9.

ditos— sobre la herbolaria medicinal de los indios de la Nueva España. Sahagún, durante 40 años estudió la vida y costumbre de los indios”.¹¹

Más adelante, el mismo autor nos habla sobre el Códice en sí:

El Códice florentino (ubicado en Florencia) contiene una amplia sección, el libro xi, dedicado exclusivamente a las plantas medicinales de los indios mexicanos.

La característica más importante de esta obra radica en que Sahagún escribió la información obtenida de los ancianos, es decir, los sabios de cada poblado donde el fraile aplicó sus encuestas, tanto en náhuatl y otra en español. [...] El libro presenta información en dos columnas: una en náhuatl y otra en español, y está acompañada de ilustraciones que realizaron diversos *tlacuilos* (dibujantes indios) a solicitud del franciscano. El libro xi posee abundante información sobre los usos medicinales de las plantas, las propiedades y características de los medicamentos, y por ello es una prueba notable de la riqueza del cuerpo teórico y práctico de la medicina azteca.¹²

Además de la obra de los misioneros, otros españoles se preocuparon por recoger y preservar la riqueza de la medicina indígena. El mismo rey Felipe II en el año de 1570 decidió enviar a México a su médico de cabecera, el famoso protomédico de la corte Francisco Hernández, quien estuvo 7 años en nuestro país, recopilando toda la información posible sobre las plantas medicinales de México, al grado que logró estudiar más de 3 000 plantas cuyo uso y aplicación, incluyendo el nombre de cada planta en idioma náhuatl dejó escritos en su obra *Historia natural de la Nueva España*. Para los estudiosos de la medicina tradicional, la Universidad Nacional Autónoma de México preparó una edición de lujo de esta obra.

Javier Valdés e Hilda Flores en la introducción a esta obra nos dicen lo siguiente:

En esta invaluable recopilación que obtuvo interrogando a los nativos aportó, entre otros datos, las descripciones empíricas de 3 076 plantas. De ellas proporciona los nombres vulgares indígenas con los que se le conocía: 3 000 en náhuatl, 250 en tarasco, 18 en huasteco, 1 en otomí y unos cuantos en lenguas de las Antillas, Perú y Filipinas. Además proporciona las localidades de 1 858 plantas estudiadas, en su extenso recorrido (véase mapa y apéndice ‘A’, v.1). También habla sobre el uso médico que se hacía de esas plantas, incluyendo su dosificación y preparación.¹³

¹¹ X. Lozoya, *op. cit.*, p. 16.

¹² *Ibid.*, pp. 16-17.

¹³ Francisco Hernández, *Obras completas*, vol. vii, comentarios a la obra de Francisco Hernández, UNAM, 1984, p. 9.

Xavier Lozoya nos dice acerca de esta obra:

Las instrucciones del enviado eran coleccionar las plantas medicinales de los indios y formular una relación de los beneficios que ofrecían para la medicina española. Hernández recorrió el territorio mexicano durante varios años para reunir las plantas medicinales que los informantes indios le señalaban como útiles en medicina e interpretar –según la ciencia europea de su tiempo– las cualidades y propiedades de los vegetales seleccionados. El uso de los vegetales se adaptó a la teoría humoral de la medicina de esa época y se interpretó el conocimiento indio adaptándolo a los conceptos europeos [...] Al final de su recorrido escribió una monumental obra, en varios tomos que, con el nombre de *Historia natural de la Nueva España*, no se conoció hasta el siglo XVIII, cuando botánicos y científicos españoles decidieron dar a conocer los escritos de Hernández que habían quedado en el olvido en España, después de su muerte ocurrida en los primeros años del siglo XVII.¹⁴

De esta manera poco a poco se fue conformando la nueva medicina de México. Por una parte los médicos indígenas (*tític*) continuaron atendiendo a su gente, con las limitaciones propias de los lugares no muy habitables a los que habían sido reducidos. Muchos de ellos eran esclavos en las haciendas de los españoles, (recordemos que la Ley de Indias otorgaba un promedio de 3 000 indígenas a cada hacendado para que éste atendiera “a su cuidado espiritual”, y muchos otros eran esclavos de los mineros, en las que antes habían sido sus minas. Ahora ya no eran llamados médicos sino brujos o curanderos y su actuación estaba limitada a un determinado uso de yerbas, que no tuvieran ninguna relación con rituales prehispánicos o “paganos”, como decían los españoles. Por otra parte estaba la medicina de los médicos españoles, en la que combinaban la medicina de España con los conocimientos y plantas usadas por los médicos mexicanos.

Es interesante cómo una gran parte de la medicina prehispánica se pudo salvar gracias al interés de algunos europeos y a la convicción y amor por su cultura de los médicos mexicanos. Xavier Lozoya nos dice:

El Libro del Judío es un ejemplo clásico de la medicina doméstica herbolaria que la población conservó y cultivó. Ricardo Osado, el Judío, reunió en 1620 un conjunto de recetas mayas del siglo XVI sobre el uso de plantas medicinales bajo el título de *Medicina doméstica*. Su libro se propagó por toda la península y se copió en cuadernos. Todavía en el siglo XIX se seguía utilizando, copiado y enriquecido con recetas de muchas familias.¹⁵

¹⁴ X. Lozoya, *op. cit.*, pp. 18-19.

¹⁵ *Ibid.*, p. 24.

Es necesario destacar que una de las más grandes aportaciones de la medicina indígena de México a la medicina europea es la práctica de la cirugía, ya que como he mencionado, en México se había llegado a alturas quirúrgicas impensables en Europa, incluyendo la cirugía del cerebro, y el interés primordial de misioneros y médicos europeos fue dar a conocer los alcances de la cirugía mexicana. De esta manera surgen obras que van a tener gran difusión en los siglos xvi y xvii.

Xavier Lozoya menciona las siguientes:

La publicaciones médicas más conocidas fueron el *Tratado breve de medicina, anatomía y cirugía* de Agustín Farfán, publicado en 1579 y reimpresso en 1592; *La verdadera medicina, cirugía y astrología* de Juan de Barrios, publicada en 1607; los *Cuatro libros de la naturaleza y virtudes de las plantas* de fray Francisco Ximénez, publicado en 1615, y el *Tesoro de medicinas* de Gregorio López, de 1672, entre otros.¹⁶

En 1595 se funda en la capital de la Nueva España (actualmente Ciudad de México) la Real y Pontificia Universidad de la Nueva España que va a traer para México una serie de oportunidades educativas para españoles y criollos, pues esta universidad, constituida como universidad hermana de la Universidad de Salamanca, permitirá que los habitantes de la Nueva España estudien diversas profesiones a fin de abastecer al país de profesionistas que pudieran cubrir las necesidades más apremiantes y más importantes que se venían presentando. En esta universidad se estudiaban entre otras, la carrera de teología, a fin de preparar a los sacerdotes que pudieran atender las diversas parroquias que se fueron creando en el territorio mexicano, en ese entonces compuesto por más de 4 millones de kilómetros cuadrados. Podemos decir que de aquí surgen los sacerdotes seculares, diferentes a los sacerdotes regulares, que por lo general se dedicaban a las misiones. Igualmente se ofrecía la carrera de medicina, con las características de la medicina europea, pero con los avances de la medicina indígena, la carrera de arquitectura, literatura y artes plásticas en las que se usaba igualmente la técnica de los indígenas mexicanos, sobre todo en la pintura mural, rescatada por los misioneros en los atrios de los conventos y en el interior de las capillas. Esta universidad continúa creciendo durante la Colonia, hasta que en el año de 1821, el día 27 de septiembre, con el triunfo de los insurgentes, México adquiere su independencia y la universidad se convierte en Universidad Nacional de México.

¹⁶ *Ibid.*, p. 25.

ETAPA CONTEMPORÁNEA

Podemos distinguir entre los siglos *xix* y *xx* los avances que se tuvieron en la medicina y la relación directa que las plantas medicinales de origen mexicano tuvieron en estos avances. No debemos olvidar que la medicina mexicana ha gozado siempre de un gran prestigio a nivel mundial, debido en gran parte a la medicina indígena y a un gran número de mexicanos empeñados en rescatar lo valioso de esta medicina. A fin de presentar un panorama más claro de estos avances, dividiré esta etapa de la medicina entre los siglos *xix* y *xx*.

1. La medicina en el siglo *xix*

Aunque el enfoque de este trabajo va dirigido a la medicina indígena, no podemos separarla de la medicina llamada alópata, pues como veremos, la fuente primordial de ella ha sido la medicina de los grupos indígenas de México.

En el siglo *xix* se da un fenómeno en Europa que va a repercutir en México y en su medicina. Augusto Comté impulsa el positivismo dando énfasis al estudio de la naturaleza y su desarrollo científico. En la obra de Xavier Lozoya se nos dice que:

Las ideas positivistas llegaron a México durante la intervención francesa y, después, por la vía de intelectuales mexicanos formados en Francia. La nueva manera de abordar el estudio de la naturaleza repercutió directamente en la herbolaria. Este pensamiento que demandaba precisión, cuantificación y experimentación clínica de los medicamentos para avalar su eficacia se apoyó en el desarrollo de la química y utilizó las plantas medicinales como materias primas. Así surgiría la industria químico-farmacéutica para producir formas medicamentosas a base de plantas que nunca se habían conocido [...] Del gobierno del presidente Benito Juárez emanó la reforma de la educación que afirmó la jerarquía de las ciencias positivas al liberarlas de todo concepto metafísico o teológico.¹⁷

Este auge de la medicina basado en la herbolaria mexicana se difunde y va cobrando cada vez más importancia en nuestro país en el siglo *xix* sobre todo gracias a la creación del Instituto Médico Nacional creado en 1888 por el general Carlos Pacheco, secretario de Fomento del gobierno de Porfirio Díaz. Este instituto siguió creciendo desde su creación, gracias a la seriedad que los médicos mexicanos dieron a los estudios que realizaban y a la clasificación estrictamente

¹⁷ *Ibid.*, pp. 32-33.

científica que hacían de las plantas medicinales, de tal manera que su influencia continuó hasta el siglo xx.

2. La medicina en el siglo xx

El autor que vengo citando nos dice que:

El herbario medicinal del instituto contaba con varios miles de plantas curativas recolectadas y clasificadas por los botánicos [...] Fueron varios los famosos médicos mexicanos que en ese periodo emprendieron estudios sobre las propiedades de muchas de las plantas medicinales usadas en el país. A principios del siglo xx el herbario del instituto contaba con 17 000 ejemplares, de los cuales 6 000 estaban clasificados por género y especie. Había 200 dibujos y 700 fotografías de plantas medicinales y se habían analizado químicamente unas 122 plantas y 700 extractos. En las salas del Hospital de San Andrés se habían realizado más de 200 observaciones en pacientes, sobre los efectos de los productos generados por el instituto.¹⁸

Podemos decir que la medicina tradicional había cobrado un gran interés, especialmente a través del instituto; sin embargo todas estas bases que servían para la industria farmacéutica se vieron limitadas e incluso fueron abandonadas a causa de la Revolución Mexicana que inicia en 1910 y viene a crear un gran caos en cuanto a desarrollo de la medicina.

Poco a poco se fue creando una separación cada vez mayor entre la medicina natural y la medicina alópata. Después de la Revolución Mexicana que cobró más de un millón de vidas, vino la Revolución Cristera, y esto profundizó más esa separación. Las necesidades médicas cambian radicalmente, pues eran miles los heridos que requerían de atención médica, y paralelamente el inicio de la Primera Guerra Mundial trae como consecuencia la urgencia de contar con millones de dosis de medicamentos para cubrir las necesidades apremiantes que se tenían en los campos de batalla y en los hospitales. Es aquí donde aparece la investigación química para atender a esa gran necesidad de medicamentos en grandes cantidades, y la medicina tradicional, con su herbolaria se va replegando a las poblaciones indígenas del país.

En México aparece entonces la medicina social que le da a México un lugar de preeminencia en cuanto a adelantos médicos, y podemos decir que hay un distanciamiento cada vez mayor entre los médicos alópatas y los curanderos del país.

¹⁸ *Ibid.*, pp. 34-35.

Quienes más se beneficiaron de esta situación fueron las industrias extranjeras que vienen a aprovecharse de esa oportunidad con sus fármacos.

Aquí es muy importante señalar que la medicina tradicional continúa usándose en cada población indígena de México. No podemos menospreciar el número de habitantes de nuestro país que recurren a la medicina tradicional, por dos factores: primero, porque es el tipo de medicina a que tienen acceso por circunstancias de lugar, ya que viven en lugares apartados, ya sea en la selva o en las montañas, con muy poco acceso a las clínicas u hospitales que les quedan a días de distancia. Segundo, porque ellos siguen confiando en los conocimientos de sus médicos y en las yerbas que ellos usan para curarlos, aunque a sus médicos se les llame despectivamente brujos o curanderos. Una prueba de la importancia de esta medicina es que en cualquier mercado del país vamos a encontrar siempre un puesto o local donde se venden yerbas y extractos de animales, algunos de ellos extraños, pero efectivos, como las cápsulas de víbora de cascabel. México tiene actualmente 15 millones de indígenas, la mayoría de los cuales vive en regiones inhóspitas y por lo mismo alejadas de la “civilización”, y estos indígenas por lo general acuden a sus médicos, que ahora como antes de la conquista de México, son personas con un rango especial dentro de su comunidad, con conocimientos verdaderos sobre las plantas medicinales y sus efectos curativos, con ese enfoque de lo mágico y espiritual dentro de sus rituales como medios preparativos a la curación; Sin embargo, precisamente por estar alejados de los centros donde podrían recibir atención médica alópata, sus posibilidades de curación se ven reducidas por el tipo de enfermedades modernas que no pueden ser atendidas por los médicos indígenas.

Aunado al problema de atención médica para enfermedades modernas, como el cáncer e incluso la diabetes que también ha alcanzado a los grupos indígenas, desde el tiempo de la Colonia y especialmente en el siglo xx, se sufre un padecimiento muy grave que ha afectado a muchas de las comunidades indígenas: el alcoholismo que como sabemos, no respeta edades ni género, impidiendo que muchos grupos indígenas, sobre todo en los estados de Oaxaca y de Chiapas puedan salir de la situación de pobreza o miseria en que se encuentran, pues junto con el alcohol vienen otras enfermedades que cobran la vida de los indígenas con más facilidad, por su gran desnutrición.

Manuel Arenas, indígena totonaca que llegó a tener la oportunidad de estudiar en la Ciudad de México y después en Estados Unidos de Norteamérica, Alemania y Bélgica, en su biografía escrita por Hugh Steven, menciona lo siguiente, en relación con la boda de su mamá: “Las jóvenes totonacas esperan casarse a temprana edad, entre los doce y quince años. Ellas conocen y aceptan su papel de cria-

turas sin derecho a elegir. Cuando llega el tiempo del matrimonio, saben que sus padres escogerán a sus esposos. El sello de aprobación del matrimonio consiste en dar y recibir licor y pan dulce”.¹⁹

El alcoholismo se usó como medio de control de los indígenas durante la Colonia, y poco a poco se fue incorporando a la vida religiosa de los pueblos, que en la actualidad se caracterizan por la cantidad de alcohol que consumen durante sus fiestas religiosas, sobre todo la del Santo Patrono del lugar. El mayordomo es la persona responsable de organizar esta fiesta que generalmente dura más de un día. Muchas veces el mayordomo tiene que vender sus tierras o sus animales para poder cumplir con ese honorífico pero costoso encargo que dura un año, y donde el guaro, el mezcal o el aguardiente no deben faltar. Los efectos de esto son letales en la economía y en la salud de los grupos indígenas, y quienes más se aprovechan de esta situación son los caciques y autoridades que aprovechan la desesperación y necesidad de los diezmados indígenas para comprarles sus productos a precio de miseria.

Además del alcoholismo, hay una gran variedad de enfermedades en los diversos pueblos indígenas, identificadas con nombres populares, y atendidas generalmente por los curanderos. Entre ellas se pueden mencionar las siguientes, tomadas de la revista *Herbolaria Mexicana*:

1. Azareo. Enfermedad que pueden contraer con facilidad las personas de “sangre dulce” al ser objeto de halagos. El paciente presenta enrojecimiento en los ojos y la inflamación indistinta de un lado del abdomen, que puede llegar incluso a reventarse, provocando la muerte de la persona.
2. Barriga hinchada. Se considera que si una persona come alimentos contaminados, en mal estado, o mal cocinados, o ingiere en exceso frutas como la sandía, enfermará, presentando estreñimiento, fiebre y sobre todo una evidente inflamación del vientre. El tratamiento consiste en lavados intestinales y para descongestionar y desinflamar el estómago y los intestinos, de lo contrario la persona puede morir.
3. Carga. Padecimiento popular que generalmente pueden sufrir los pequeños a causa de la mirada fuerte de una mujer embarazada o en su periodo de menstruación. Se piensa que el exceso de calor que se origina en estos periodos se acumula en la mirada y es descargado en los infantes...El tratamiento se concentra en la espalda del niño con la aplicación de algunas plantas, como la hierbabuena (*Mentha piperita* L.) y albahaca (*Ocimum*

¹⁹ Manuel Steven Hugh, *Revolucionario del bien*, México, Milamex Ediciones, 2004, p. 13. Traducido por Álvaro Guadarrama.

basilicum L.) y la realización de una limpia con una prenda interior de la mujer que causó la enfermedad.

4. Corrimiento. Nombre con que en comunidades chujes de Chiapas se identifica a un tipo particular de diarrea que se presenta acompañada de vómito y cólicos. Su tratamiento consiste en la ingestión de diversas plantas como la verbena. No debe confundirse con el corrimiento que se presenta tanto en la península de Yucatán entre los mayas como en el noroeste del país en comunidades yaquis y mayos, donde el padecimiento se refiere a un intenso dolor de cabeza.
5. Contrariedad. La interrupción del embarazo representa, dentro de la cultura médica popular, un problema de salud, al no verse cumplidas las expectativas de procreación personales, familiares y del grupo social al que se pertenece. Las causas de una contrariedad natural o espontánea pueden ser de carácter físico, como cargar cosas pesadas, las caídas, el trabajo en exceso, haber tenido muchos hijos, y la debilidad o frialdad de la matriz, o también puede ser de carácter mágico-religioso como brujería, mal aire, susto, enojo o acción de fenómenos como los eclipses o algún demonio.
6. Derrame de bilis. Enfermedad del aparato digestivo que se caracteriza por el amarillento de ojos, manos, piel y orina del enfermo, trastornos digestivos como dolor de estómago, boca amarga, gases intestinales y mal aliento, y otros síntomas como dolor de cabeza, pérdida del apetito y en algunos casos fiebre. Se origina por una acumulación y consiguiente liberación de la bilis en la sangre debido a una emoción fuerte, como un coraje, una muina o una pena. Otras causas están relacionadas con un trastorno en el equilibrio frío-caliente del cuerpo, la ingestión de alimentos muy grasosos o la falta de alimento durante largos periodos de tiempo. El tratamiento consiste en ingestión de jugo de naranja (*Citrus aurantium* L.) y del cocimiento de varias plantas como ajenojo (*Artemisia absinthium* L.) y marrubio (*Marrubium vulgare* L.) Se considera un padecimiento que puede ser mortal, con una presencia importante en algunas regiones del sureste del país; entre los mamaes de Chiapas se presenta una mayor incidencia en mujeres.
7. Disipela. Encontramos dos acepciones para este problema de salud: entre los chontales es considerada una complicación del padecimiento denominado vergüenza; se caracteriza por la aparición de manchas rojas, moradas o blancas en la piel, que pueden ser mortales si entran en el cuerpo, por lo que la curación debe iniciarse inmediatamente después de que aparecen las primeras manchas. El tratamiento consiste en la aplicación, du-

rante la noche, de varias plantas maceradas en alcohol sobre la piel, bañando al enfermo al día siguiente. Para los chuj representa un dolor de ombligo causado por un fuerte enojo. Otros síntomas son dolor de cintura, estómago y calambres en el vientre, suponiendo que entra un aire al momento de la ira. El tratamiento incluye el uso de varias plantas como guayaba (*Psidium guajava* L), limón (*Citrus aurantifolia* (Christm.) Swingle), hinojo (*Foeniculum vulgare* (L) Mill), pimienta (*Pimenta dioica* (L.) Merr.) y ruda (*Ruta chaleoensis* L).²⁰

Existen una serie muy completa de la clasificación que hacen los autores Abigail Aguilar Contreras, María Edith López Villafranco y Santiago Xolalpa Molina, pero la presentación de estas nosologías tradicionales, como ellos las clasifican, sirven de muestra de la gran variedad de enfermedades y formas de curarlas en nuestro país.

Otro aspecto de gran importancia para conocer lo relacionado con la medicina natural contemporánea es el relacionado con los diversos nombres que reciben los médicos que atienden las enfermedades que se presentan en diversas partes del país.

En la obra que vengo comentando, se mencionan los siguientes, bajo el rubro de "Especialistas médicos tradicionales":

1. Pulsador/pulsero. Especialista de la medicina que realiza el diagnóstico del padecimiento, su gravedad y las posibilidades de curación, a partir del pulso de la persona y del estado general que guarda su vida familiar y social, al considerarse que la ruptura de una norma moral o social puede ser la causa de la enfermedad, además de situaciones relacionadas con un susto, con la pérdida del alma o con brujería. Esto lo lleva a cabo mediante la práctica conocida como "pulsada". El pulsador puede desempeñar en forma exclusiva esta función, y otro médico tradicional encargarse de realizar el trabajo curativo, o ser además curandero o hierbero y dar alivio al enfermo.
2. Hierbatero/hierbatista. Nombres que se asignan en algunas zonas del sureste del país a los hierberos, que indudablemente son los especialistas en el empleo del principal recurso terapéutico de la medicina popular: la flora medicinal. Se atribuye a un don de nacimiento, al designio divino y al uso de las plantas en su propia persona, como las formas en las que el individuo aprende el uso de ellas y se identifica a sí mismo como curador. No obstante en la zona maya se da una gran importancia al aprendizaje al

²⁰ Revista Herbolaria Mexicana. Guías prácticas, México Desconocido, núm. 6, México, pp. 44-46.

interior del núcleo familiar a una edad temprana y bajo la tutela de un especialista reconocido, por lo que no es raro encontrar a personas jóvenes (10-15 años) ejerciendo ya su práctica curativa.

3. Partera. Dentro de la medicina tradicional popular de todo el país, la partera es la persona que atiende el proceso de embarazo-parto-puerperio y prácticamente es una especialización de las mujeres, aunque no se descarta la presencia de algunos hombres. Por lo general éstas combinan su actividad de parteras con otra actividad, como las de curandero o hierbero. Las parteras han sido uno de los grupos de terapeutas populares que mayor atención han recibido por parte de la medicina institucional del país, como auxiliares en el cuidado de una mujer embarazada o parturienta, pero aun no como las directamente responsables de la atención de la mujer.
4. H'men/curandero. Con este nombre designan los mayas peninsulares al curandero especializado o sacerdote tradicional encargado de la realización de una amplia serie de ceremonias religiosas tendientes a establecer y a mejorar las relaciones de los humanos con las divinidades.
5. H'ilol. Nombre con que se identifica al curandero tzeltal y tzotzil. Se le considera un médico que puede atender todo tipo de problemas de salud, incluidas las ceremonias agrícolas y las fiestas religiosas. Su formación generalmente se inicia a través de los sueños, viajando su alma a un lugar sagrado donde es preparado para ser curador; dependiendo del nivel al cual logre llegar [se mencionan 13 niveles], será su capacidad para sanar. Otra manera de formarse como h'ilol es mediante el aprendizaje directo con otros h'iloles. La persona que está lista para ser públicamente reconocida como curador, debe pedir la anuencia de las divinidades mediante la interlocución de un h'ilol de respeto en la comunidad.
6. Ventosero. Curandero indígena cuya principal práctica terapéutica es la aplicación de ventosas en problemas relacionados con los malos aires que pudieran haber quedado atrapados en alguna parte del cuerpo.
7. Nagual/tona. Dentro de la medicina tradicional popular del país, el nagual posee la fuerza suficiente, lo mismo para hacer un daño que para resolver problemas ligados a la brujería, pero en ambos casos son personas muy respetadas en sus comunidades. Existen dos acepciones para designarlo; una "nagual", prácticamente generalizada en todo el país entre grupos indígenas y mestizos, que se refiere a la capacidad que tienen algunas personas, sobre todo brujos, de transformarse en un animal o en un fenómeno meteorológico para causar algún daño en personas o animales; y otra, "tona", presente entre grupos indígenas, se relaciona con la existencia de

uno o más animales que constituyen un *alter ego* animal del humano, compartiendo una misma alma y la suerte que les depara la vida.

8. Azota muerto. Terapeuta huave especializado en la atención de personas que sufren un espanto de muerto, es decir que han perdido su sombra a causa de la sorpresa de haber visto un fantasma o un espíritu que deambula después de muerta la persona. La entidad espiritual capta la sombra de la persona, por lo que ésta cae enferma. El curador azota al enfermo con una fusta, y auxiliado por tres personas que rezan, sahúman las habitaciones donde se realiza la curación y golpean todo a su alrededor, incluso a ellos mismos para evitar que se les meta el muerto.²¹

Experiencia personal

Entre los años de 1975 y 1978 estuve trabajando en el estado de Oaxaca, como abogado del Instituto Lingüístico de Verano. Parte de mi responsabilidad consistía en visitar diversas comunidades indígenas donde había lingüistas del instituto, a fin de estudiar los principales problemas legales a los que los indígenas se enfrentaban, como invasión de tierras por parte de grupos extraños a ellos o problemas de colindancias entre diversos grupos, y problemas de carácter común, como falta de apoyo del Registro Civil para extenderles las diversas actas de nacimiento, matrimonio, o defunción que tuvieran. Es pertinente aclarar que el divorcio no existe propiamente entre ellos, por lo que este aspecto no se tocaba. Una vez realizados los estudios o encuestas pertinentes, se presentaban los resultados al gobierno de Oaxaca y ellos daban seguimiento al problema y resolvían lo que fuera conveniente.

Una de las dificultades que encontré en la mayor parte de las comunidades que visité, fue que, para ser aceptado para trabajar, se debía tener la anuencia del curandero o brujo del lugar. Afortunadamente en ese tiempo practicaba el ilusionismo y éste me sirvió para abrirme las puertas no sólo del pueblo, sino en muchos casos la de la casa de los curanderos mismos. Esto me permitió ver cómo vivían, cómo almacenaban sus plantas y cómo las aplicaban, junto con los rituales con los que acompañaban su actividad.

²¹ *Ibid.*, pp. 33-43. Con la finalidad de presentar un orden tanto de las plantas medicinales como los nombres de los médicos naturistas, realicé una enumeración que no viene en el texto original. De igual manera sólo incluí aquellas plantas y nombres de médicos que consideré de mayor importancia para conocimiento del lector.

En cierta ocasión en que esperaba la llegada de las mulas para trasladarme del pueblo mixe de Guegobelaga a Santa Isabel, distante unas tres horas en mula, el curandero de Guegobelaga me pidió que les hiciera una demostración del ilusionismo, lo cual hice con agrado, pues tenía tiempo y llevaba conmigo una rutina de media hora. Nunca imaginé el impacto tan grande que esto causó entre ellos, al grado que el curandero me pidió acompañarme a Santa Isabel en su mula, lo cual acepté con cierta desconfianza. Más tarde me explicó que el interés de acompañarme radicaba en el deseo de saber cómo había hecho la “magia”. Por supuesto, esto se tradujo en un trueque de explicación de su magia y de la mía, lo cual me aclaró muchas dudas sobre la preparación que ellos tienen y de su forma de trabajar.

Esta persona me explicó que entre ellos, los mixes, el cargo y los conocimientos se transmiten de generación en generación, siendo el hijo mayor el que hereda el derecho a continuar la actividad de su padre. De esta manera, el hijo es preparado desde muy chico no sólo en los conocimientos, sino en el trato preferencial que debe recibir por parte de su propia familia y de la comunidad, sobre todo de las mujeres. En Cuicatlán, que es cabecera del municipio del mismo nombre, mi esposa y yo tuvimos una experiencia muy especial. Como en otras comunidades, logré hacer amistad con el curandero del lugar y más tarde me pidió que le diera una oportunidad a su hijo mayor para que fuera a vivir con nosotros en Cuernavaca, una vez que concluyera nuestra estancia en Oaxaca. Así lo hicimos, pues además de experiencia de tener en nuestro hogar a este niño de 12 años, yo abrigaba el deseo de aprender mejor el cuicateco, idioma tonal de gran dificultad para los que hablamos español.

La experiencia duró sólo tres semanas. Ya habíamos inscrito a Fortunato en la escuela primaria y todo parecía ir muy bien, hasta que el encanto se rompió cuando una tarde, después de comer, mi esposa le pidió a Fortunato que le ayudara a lavar los trastes. Inmediatamente cambió el semblante de este joven, se llenó de enojo y le dijo a mi esposa que ella no tenía derecho de darle órdenes porque era el hijo del curandero. Como resultado, tuvimos que llevarlo de regreso a su hogar, haciendo un viaje inesperado, y tuvimos que explicar al curandero que en la ciudad los hijos ayudaban a las mamás en estos quehaceres.

Los curanderos viven bien gracias a los servicios que prestan, los cuales se ven remunerados en dinero o en especie. Ellos manejan a la perfección la psicología de la gente, y en algunos casos aprovechan la credulidad de los indígenas para pedirles lo que necesitan, so pena de contraer alguna enfermedad.

Un miembro del Instituto Lingüístico de Verano, David Werner, publicó en 1973 la primera edición de su libro *Donde no hay doctor*, con reimpresión en 1976, don-

de hace un estudio de las enfermedades más comunes en Oaxaca y presenta los apoyos que pueden darse para curar dichas enfermedades, utilizando las plantas medicinales de la región y señalando la conveniencia del uso de las medicinas alópatas en otros casos. En las notas de esta obra, el autor señala lo siguiente:

Al comienzo, la guía explica cuáles son las curaciones caseras que hacen provecho, cuáles pueden hacer daño, y porqué. Habla del buen uso y del mal uso de las medicinas que se consiguen en las tiendas del campo sin receta médica. Explica la importancia de una buena dieta y del aseo para evitar muchas enfermedades. También urge a los padres que lleven a vacunar a sus hijos.²²

En esta misma nota, el autor habla de las prácticas que tienen los campesinos, señalando lo siguiente:

Practican medicina como pueden, usando hierbas del campo y medicinas modernas revueltas. Como ya saben todos los que conocen la vida del campo, aparte de sus parteras, hierbateros, brujos y curanderos, la ranchería mexicana está tupida con “doctores” practicantes. Algunos de ellos conocen algo de medicina y trabajan más o menos bien, pero muchos otros carecen tanto de la conciencia como del conocimiento médico; administran cualquier medicina al rumbo nada más para sacar centavos, y la pobre gente no sabe lo suficiente para defenderse [...] Este libro es el resultado de ocho años pasados por el autor en la sierra Madre Occidental de Sinaloa, prestando auxilios médicos en una región barranqueña donde, por la pobreza y la gran distancia, los campesinos rara vez ven al doctor. Como consecuencia, cuentan con las hierbas del monte y las curaciones caseras, y sufren enormemente por la falta de conocer remedios que sirven.²³

Son muchos los investigadores que en la actualidad se preocupan por rescatar todos los valores que encierra la medicina tradicional, desarrollando obras como *Plantas medicinales* de Joaquín Jiménez y Fernando López (Madrid, Penthalon, s/a); *Plantas medicinales de México* del doctor Luis Villacis R. (México, Época, 1978); *Plantas Medicinales. Recetario curativo tradicional* de Edmundo Chessi (Barcelona, Ultramar Editores, s/a); los diversos autores que participan en la *Revista herbolaria mexicana*, y la obra ya citada *La herbolaria en México* de Xavier Lozoya y muchos más.

²² David Werner, *Donde no hay doctor*, México, Pax-México, una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos, 1976.

²³ *Idem*.

De igual manera, en la actualidad se habla de la medicina naturista como aquella práctica médica cuya formación se ha recibido en las aulas universitarias, pero que ya en el trabajo de campo está acudiendo a la medicina natural por ser más eficaz, por no tener secuelas y por su precio accesible, al grado que muchos médicos alópatas han optado por este tipo de medicina y se están preparando en ella.

La Universidad Autónoma de Morelos, por medio de su Facultad de Medicina tiene varios programas en los que se estudia la medicina tradicional y se capacita a quienes de una u otra forma ya la practican, a fin de darles una acreditación oficial. No debemos olvidar que en cada poblado indígena de nuestro país, existe al menos un curandero que sigue aplicando esos conocimientos milenarios adquiridos mediante la tradición oral, siendo en la actualidad una de las fuentes que han mantenido esta riqueza de la cual nos sentimos orgullosos.

PARTE IV

DERECHO INTERNACIONAL Y COMPARADO DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS

LA ATENCIÓN A LA SALUD EN BRASIL*

Zeno Simm**

En Brasil, así como ocurre en otros países de Latinoamérica, los servicios de salud pública pueden ser observados sobre dos aspectos: lo que es previsto en la ley y lo que efectivamente es ofrecido a la población.

Primero, hay que destacar que en la Constitución Federal de Brasil de 1988 la salud mereció una atención especial en confrontación con la otorgada por los textos anteriores, y está incluida en la lista de los *derechos sociales* del ciudadano (art. 6º) y citada como una de las ramas en que se divide la seguridad social, al lado de la previsión social y de la asistencia social (art.194). La previsión social es la rama de la Seguridad Social que se encarga del seguro social propiamente dicho, público, de carácter contributivo y filiación obligatoria, proporcionando beneficios financieros como jubilaciones, pensiones, auxilio-enfermedad, sueldo-maternidad, sueldo-familia y otros servicios en dinero si se cubren los requisitos legales. A la asistencia social, le corresponde la ayuda de diversas formas a las personas necesitadas, independientemente de contribución. De las tres ramas de la Seguridad Social, la salud está bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud (en especial por medio del SUS-Sistema Único de Salud), la previsión social está afectada al Ministerio de Previsión Social (por medio de INSS-Instituto Nacional de Seguro Social) y la asistencia social está vinculada al Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre (por su Secretaría Nacional de Asistencia Social y por el SUAS-Sistema Único de Asistencia Social).

* Conferencia de clausura del 6º Coloquio Internacional Multidisciplinario de Seguridad Social, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, en Cuernavaca, Mor. (México), en el 28 de noviembre de 2008.

** Profesor del Centro Universitário Curitiba, en Curitiba, PR (Brasil).

Aún, según dice la Constitución, “la salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas que tengan como objetivo la reducción de riesgos de enfermedad y de otros agravantes y el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación” (art. 196).

La Constitución también establece que las acciones y servicios públicos de salud componen un sistema único (nombrado de sus-Sistema Único de Salud, englobando las tres esferas gubernamentales: federal, estatal y municipal), organizado de forma descentralizada, de tal manera que preste atención asistencial integral, dando prioridad a las actividades preventivas y con la participación de la comunidad (art. 198). El sus es financiado con recursos del presupuesto de la seguridad social y de los presupuestos de la Unión, de los Estados, del Distrito Federal y de los Municipios, los cuales deben prever un porcentual mínimo (fijado en la Constitución) destinado a la salud (art. 198). La asistencia a la salud es abierta a la iniciativa privada, cuyas instituciones pueden participar de manera complementaria al sus (art. 199), lo que es muy corriente ya que hay muy pocos hospitales públicos o estatales y por esto gran número de internaciones de enfermos son hechas en hospitales privados con convenios firmados y remunerados por el sus.

Los principios constitucionales fueron pormenorizados por la legislación ordinaria, mediante la Ley n. 8.080, de 19-9-90, que regula las acciones y servicios de salud, ejecutados de forma aislada o en conjunto, en carácter permanente o casual, por personas naturales o jurídicas de derecho público o privado. Según dicha ley, la salud es un derecho fundamental de la persona y el Estado tiene el deber de proveer condiciones indispensables para su pleno ejercicio, planteando garantizar la salud como deber del Estado que consiste en la formulación y ejecución de políticas económicas y sociales, visando la reducción de riesgos de enfermedades y otros agravantes y en el establecimiento de condiciones que asegure el acceso universal e igualitario a las acciones y a los servicios para su promoción, protección y recuperación, a reserva de que el deber del Estado no excluye el de las personas, de la familia, de las empresas y de la sociedad.

También, según esa ley, la salud tiene como factores determinantes y condicionantes, entre otros, la alimentación, la vivienda, el saneamiento básico, el medio ambiente, el trabajo, la renta, la educación, el transporte, el ocio y el acceso a los bienes y servicios esenciales, añadiendo que también respetan la salud así como las acciones destinadas a garantizar a las personas y a la colectividad condiciones de bienestar físico, mental y social.

Aunque costeadado con recursos federales, estatales y municipales, la atención por medio del sus es descentralizada y ejecutada preponderantemente por los

municipios, por lo tanto, los cuidados a la población cambian mucho de una ciudad a otra, según las condiciones económicas, técnicas y administrativas de la región o localidad y también según la voluntad política y las prioridades de los alcaldes. La asistencia a la población generalmente se hace en los centros de salud, cuya cantidad cambia de acuerdo con el tamaño de la ciudad y el número de sus habitantes. Hay municipios donde la asistencia es de buena calidad y muchas veces llega a ser ejemplar, pero eso no ocurre en la gran mayoría de los casos.

La atención a los ciudadanos también oscila de un centro de salud a otro, unos ofrecen servicios de manera más sencilla y otros más amplia, a veces por algunas horas al día y otras en horario corrido. En esos Centros, con variaciones para más o para menos, se puede recurrir a diversos cuidados como consultas médicas en sus diversas especialidades, vacunas, distribución de medicamentos de uso corriente para los necesitados, atención ambulatoria de pequeño porte y análisis clínicos de menor complejidad. Cuando es necesario, los médicos solicitan análisis clínicos especializados o específicos e incluso intervenciones quirúrgicas, las que son hechas en hospitales públicos u hospitales particulares con convenios de colaboración firmados.

En general, en estos centros de salud no hay medicamentos ni médicos suficientes para atender la demanda, siendo usual la demora en proveer medicamentos, la demora de semanas (o hasta meses) hasta que se logre una cita con el médico. Muchos pacientes o enfermos regresan a sus casas sin que hayan sido atendidos, otras veces buscan los centros por la noche o hasta de madrugada, enfrentando colas para lograr una ficha para que sean atendidos al día siguiente. Para que se logre dar una atención al mayor número de personas al día, las citas médicas son casi siempre muy rápidas, cerca de 10 minutos o un poco más, desfavoreciendo un diagnóstico más seguro. Pasa lo mismo con los exámenes más complejos y con intervenciones quirúrgicas, pudiendo tardar varios meses para que sean realizadas, en las que muchas veces ocurre el óbito del paciente que tiene que esperar semanas o meses para la consulta, otro tiempo para el examen, algunas semanas más, o meses para llevar el resultado al médico, otro tiempo más de espera para la intervención quirúrgica o para hacer un nuevo examen, y así pasan muchos meses.

En los hospitales públicos el número de lechos, de equipos, de médicos y sus asistentes y de medicamentos en general, suele ser muy precario e insuficiente para atender las necesidades de las personas, siendo muy común los casos (registrados por la prensa) de enfermos que son "atendidos" o que esperan atención acostados en camillas improvisadas o simplemente en sillas por los pasillos. Muchas veces las mujeres dan a luz a sus hijos en la sala de espera o hasta en los

baños de los hospitales y ambulatorios, y hay casos de pacientes que se mueren en los pasillos sin que se les preste socorro. Otras veces el médico tiene que elegir a quién va a atender primero y quién se quedará para después (es como sentenciar quién vivirá o morirá). Sin embargo, hay algunos hospitales públicos con mejor estándar de asistencia, en general son aquellos vinculados a alguna universidad pública o fundación.

La atención es también ofrecida en clínicas y hospitales privados que mantienen convenios junto al sus, tanto para consultas médicas como para exámenes e internaciones. Los valores costeados por el sus de estos servicios son, sin embargo, muy bajos, y eso se refleja en la calidad de la asistencia y, como si no bastase, hay noticias de hospitales que cometen fraudes en las facturas o que adoptan procedimientos ni siempre indispensables (como ejemplo, prefieren hacer cesárea en vez de parto natural, pues así la remuneración es más rentable). Gran parte de estos cuidados por el sistema del sus es hecha también en hospitales conocidos como hospitales universitarios, que son más económicos, que son mantenidos por escuelas de Medicina (generalmente privadas), interesados en la práctica médica por sus alumnos. En los pueblos pequeños del interior no hay hospitales (ni siquiera privados) y es necesario buscar ayuda en otras ciudades de la región, siendo común y frecuente ocurrir que en estos hospitales privados tampoco existan lechos ni médicos suficientes para suplir las necesidades, quedando así muchos pacientes sin asistencia o teniéndola en condiciones precarias e improvisadas.

Hay también, aunque en menor número, hospitales de caridad o Santas Casas de Misericordia –que son hospitales filantrópicos privados, donde trabajan empleados remunerados y también voluntarios (generalmente monjas de alguna institución religiosa), incluso médicos– y éstos son mantenidos con algún importe consignado del sector público y con donativos de empresas y de personas pías. Dichos hospitales atienden sin cobrar a las personas necesitadas que carecen de recursos (como mendigos o sin techo) y también ofrecen servicios por medio de los convenios con sus.

Delante de la precariedad del sistema público de salud, últimamente se está desarrollando otra forma de asistencia a la salud para aquellos que gozan de mejor poder adquisitivo y pueden pagar una asistencia médica disponible en el mercado. Es una forma de privatización de la salud, así como sucede con relación a otros servicios que no son ofrecidos de manera satisfactoria por el Estado,¹ haciendo con que las personas busquen otra alternativa o solución en la iniciati-

¹ Como la enseñanza y la seguridad, proliferando las escuelas privadas y las empresas privadas de vigilancia y seguridad.

va privada. Dichas asistencias médicas (que disponen de una gran variedad de costos y de amplitud de asistencia) los interesados pueden obtenerlos individual y personalmente o en grupos, mediante empresas o entidades estatales donde estas personas estén trabajando. Los más afortunados dejan de depender de los servicios de salud pública y migran para estas asistencias médicas, donde obtienen mejor atención. Otra solución de modalidad privada son los seguros-salud, modalidad de seguro disponible en aseguradoras (con variadas opciones de precios y beneficios) que prevé el reembolso de los gastos médicos y de hospitalización.

Respecto a la salud bucal, la situación no es diferente. La asistencia odontológica pública también es precaria, insatisfactoria y es ofrecida en sólo algunos puestos de salud y en ambulatorios de las facultades de Odontología (públicas y privadas) y por lo tanto las personas con mejores condiciones económicas van a buscar asistencia médica privada odontológica o dentistas particulares. Aunque Brasil disfrute internacionalmente de gran reputación en la graduación de odontólogos, la salud bucal de gran parte de la población es todavía demasiado precaria. En la década pasada, según informaciones del Ministerio de Salud, Brasil se ha adelantado mucho en la prevención y control de las caries en los niños, pero, ya la situación de los adolescentes, adultos y ancianos está entre una de las peores del mundo y aún así, entre los niños, los problemas persisten tras la dificultad de lograr atención odontológica.

Sin embargo, el Ministerio de Salud ha desplegado diversos programas de asistencia a la salud, incluso en áreas de prevención, algunos de ellos con mucho éxito.

Uno de los programas es el llamado “Farmacia Popular”, que busca extender el acceso de la población a medicamentos considerados esenciales, que son adquiridos mediante laboratorios farmacéuticos públicos o privados, ofrecidos a precio de costo en las farmacias populares implementadas en conjunto con los gobiernos estatales o municipales y con entidades filantrópicas. Medicamentos de hipertensión y diabetes y anticonceptivos están disponibles también en farmacias y droguerías privadas (que hacen parte del programa) con costos hasta 90% inferiores a los cobrados en los establecimientos privados que no están en el programa.

Existe también el “Programa Nacional de DST-AIDS”, dirigido a la prevención y tratamiento de enfermedades sexualmente transmisibles, incluso el sida, con políticas preventivas en diagnóstico y tratamiento, y de cooperación internacional con América Latina y Caribe, incluso en conjunto con empresas privadas y con organizaciones no gubernamentales y algún soporte financiero del gobierno federal re-

pasado a los Estados y Municipios. En algunas fechas importantes del año (como carnaval y año nuevo) hay una fuerte campaña por el uso de preservativos (distribuidos gratuitamente).

Otra acción aplicada desde 1993 es la del “Programa Salud de la Familia-PSF”, con la implantación de equipos multiprofesionales responsables por el soporte de un número definido de familias ubicadas en un área geográficamente delimitada. Esos equipos son compuestos por un médico del programa, un enfermero y un auxiliar de enfermería y seis agentes comunitarios de salud (a veces también por un dentista y dos asistentes) que visitan a las familias en sus hogares, orientándolas con relación a la prevención y recuperación de las enfermedades más frecuentes o encaminándolas a los centros de salud. Cada equipo es responsable por el acompañamiento de 1 000 familias o cerca de 3 000 a 4 500 personas, quienes pasan a tener corresponsabilidad en celar por la salud. En regiones más pobres y de más necesidades, dicho programa ha tenido resultados excelentes.

En 2007 fue reglamentado el “Proyecto Mirar Brasil”² (aún en fase de implantación) con la finalidad de identificar problemas visuales en alumnos inscritos en escuelas públicas de la enseñanza fundamental y en la población superior a 60 años de edad, ofreciendo asistencia oftalmológica y suministrando lentes cuando son detectados errores de refracción, proporcionando mejores condiciones de salud ocular favorable al aprendizaje.

Desde el año 2004 se desarrolla el “Servicio de Atención Móvil de Urgencia-SAMU”, con la finalidad de ofrecer socorro a la población en los casos de emergencia en sus casas o locales de trabajo y en vías públicas. Estos servicios disponen de un número de teléfono de llamada gratuita, donde se puede solicitar una ambulancia en dichos casos. Hay actualmente en todo el país solamente 144 unidades (ambulancias), cuyo costo mensual es mantenido por el Gobierno Federal (50%) y por los estados y municipios.

El mismo año fue creada la Política Nacional de Salud Bucal (Programa “Brasil Sonriente”), el que reúne diversas acciones de la salud bucal dirigidas a los ciudadanos de todas las edades. En todo el país hay algunas decenas de ciudades que cuentan con Centros de Especialidades Odontológicas y un número considerable de ciudades que reciben atención dental primaria o básica.

Periódicamente son desarrollados programas de concientización a la población respecto a los problemas relacionados a la hipertensión arterial, al tabaquismo, al alcoholismo, a la obesidad y a la diabetes, con fomento a la donación de órganos y tejidos. Aparte de todo esto, son realizadas campañas estimulando la

² “Mirar Brasil”.

vacunación contra enfermedades como la gripe (o influenza), la fiebre amarilla, la rubéola, la poliomielitis y tantas otras, incluso campañas intensas contra dengue.

Aparte de lo que ya fue mencionado arriba, se puede citar la política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas, así como la existencia de la Coordinación Nacional de Hipertensión y Diabetes, con finalidades específicas. Recientemente, los Ministros de Salud de Brasil y de Portugal firmaron un acuerdo de cooperación bilateral que prevé acciones de capacitación de profesionales, programas de becas, intercambio e investigación, intercambios de experiencias y buenas prácticas en oncología, salud mental, salud del anciano y atención básica, destacando las medidas de prevención.

Para aquellos que disponen de internet y que tengan interés en acceder al sitio del Ministerio de Salud,³ pueden encontrar noticias e informaciones diversas, hasta obtener consejos y orientación médica básica, conocer todos los programas que están en marcha y enterarse de las campañas de vacunación.

La verdad es que Brasil es un país de grandes proporciones y profundas desigualdades socio-económicas y relevantes contrastes entre una región y otra. En ciertos puntos del país el índice de desarrollo humano y la calidad de vida son más altos y las personas son mucho mejor nutridas, contraen menos enfermedades y tienen mejor acceso a los servicios de salud, aunque sean también más reivindicativos y exigentes en cuanto a la calidad de esos servicios. Ya en otras regiones la pobreza es tanta que muchas de las enfermedades resultan de la propia desnutrición, el saneamiento y los servicios de salud son escasos y no hay dinero para la compra de medicamentos, pero ahí son reducidas las expectativas de obtener cuidados, entonces, las personas se resignan con lo poco que tienen o reciben y entregan su suerte en las manos de Dios.

Otros factores que en algunas ocasiones contribuyen para la ineficiencia de la asistencia a la salud, son la mala gestión pública, los desvíos de fondos o recursos y la corrupción. Es cierto, por otro lado, que los profesionales de salud (como médicos y dentistas) no se disponen a trabajar en sitios distantes, miserables y sin recursos, optando por las ciudades de gran porte.

Por lo tanto, la asistencia médica en Brasil no se desarrolla de forma lineal y uniforme, estando a merced de las peculiaridades, circunstancias y condiciones (positivas o negativas) de cada lugar, así como la expectativa de tiempo de vida cambia de una región a otra. Mientras que en muchos municipios los niños se mueren de hambre y falta de asistencia médica,⁴ en otros el sus ofrece ya in-

³ <<http://portal.saude.gov.br/saude/>>.

⁴ Sin llevar en cuenta esa diversidad de situaciones, un reciente levantamiento estadístico mostró que el índice de mortalidad infantil en Brasil, por ejemplo, es todavía muy elevado: en media nacional, de cada 1000 recién nacidos, 23 mueren antes de completar 1 año de edad.

tervenciones quirúrgicas a los transexuales para cambio de sexo (del masculino al femenino).

Además de los programas preventivos y de acciones en el ámbito de la asistencia médico hospitalario desarrollados con mayor o menor grado de eficiencia por el Poder Ejecutivo, se ha observado recientemente una acción afirmativa del Poder Judicial en atender algunas necesidades del individuo enfermo.

Efectivamente, cada día se hace más frecuente el recurso a la justicia para la obtención de asistencia a la salud en situaciones de mayor gravedad, mientras la asistencia no es prestada por las vías normales del sus. Acciones judiciales son promovidas por los propios enfermos o sus familiares, también por el Ministerio Fiscal (Ministerio Público), con el objetivo de buscar una atención la que no fue posible obtener por medio de los centros de salud y los jueces por lo general han acogido esas reivindicaciones. Aparte de otros fundamentos legales que usualmente son utilizados para eso, está la alegación del derecho fundamental del individuo a la vida, a la salud y a una existencia digna, del deber del Estado en proporcionar salud a la población y de la teoría de la exigibilidad de los derechos sociales, además de los principios y objetivos establecidos en la propia ley de organización del sus. Sin embargo, también el acceso a la justicia es muchas veces precario y obstaculizado por dificultades de variado orden, siendo aún limitado el número de personas con discernimiento y condiciones para tal. Ha ocurrido también del Ministerio Público obligar a los órganos de asistencia a la salud a regularizar la distribución de ciertos medicamentos cuando se constata alguna falla en el abastecimiento.

En muchos casos la justicia ya determinó al Municipio⁵ o al Estado⁶ que suministre medicamentos caros y de uso corriente a las personas sin condiciones de adquirirlos. En otras situaciones, el juez ordena al hospital público recibir y atender a los enfermos necesitados y hasta realizar intervenciones quirúrgicas. Eventualmente, la justicia ha determinado también cuidados especializados (como intervenciones quirúrgicas y exámenes complejos) en hospitales privados a cargo del Poder Público, incluyendo gastos con transportes y hospedaje cuando es necesario ser hecho en otra localidad. Hace poco, la Unión fue obligada a costear el trasplante de hígado en un niño portador de una enfermedad rara y grave (Maple Syrup Urine Disease-MSUD), siendo esa la única manera de curarse y la intervención quirúrgica será realizada en el Children's Hospital of Pittsburgh, en los Estados Unidos, ya que en Brasil todavía no se realiza este tipo específico de intervención.

⁵ Para enfermedades que caracterizan la atención primaria.

⁶ Para enfermedades consideradas de alta complejidad y casos excepcionales.

El Superior Tribunal de Justicia en muchos casos ha permitido el bloqueo de las cuentas públicas para garantizar el abastecimiento de medicamentos y el costo de cuidados médicos indispensables, cuando el Estado deja de cumplir la orden judicial en este sentido, bajo el fundamento de que es lícito al magistrado determinar el bloqueo de valores de las cuentas públicas en estos casos, “una manera de concretizar el principio de la dignidad de la persona humana y del derecho a la vida y a la salud”, resaltando que a pesar de tal medida ser excepcional, “la efectividad de la tutela concedida en el caso está relacionada a la preservación de la vida y de la salud del individuo, debiendo ser priorizada la protección del bien mayor que es la vida”.⁷

Además, actualmente tramita en la justicia⁸ la reivindicación de un grupo de personas portadoras de una enfermedad rara (retinose pigmentar, que lleva a la progresiva pérdida de la visión) para que el Ministerio de Salud costee dicho tratamiento en La Habana (Cuba). El juicio del caso aún está en tramitación, pero el voto del magistrado relator es por el rechazo del pedido, bajo el fundamento de que dicha enfermedad aún no cuenta con intervención quirúrgica y controles propios ni tampoco hay indicación de cura o tratamiento en ninguna parte, de acuerdo con el parecer del Consejo Brasileño de Oftalmología.

En conclusión, se puede decir que en Brasil los programas de atención a la salud son muy bien planificados y estructurados, pero pese a los esfuerzos y buenas intenciones, ni siempre son efectivos, puesto que hay muchos obstáculos y dificultades por todos lados, desde el enorme territorio del país, con sus inmensos contrastes, hasta la falta de recursos financieros y humanos. La solución para situaciones más dramáticas y urgentes ha sido buscada por la vía judicial, con los tribunales garantizando a los ciudadanos su derecho a la vida y a la salud y obligando al Poder Público a cumplir su deber en ofrecer asistencia médica, pero, el propio acceso a la justicia es inmensamente dificultado por las mismas razones de pobreza mental y económica.

Sobre el tema “salud”, no se puede olvidar un aspecto muy importante que es la salud en el ambiente laboral, subrayando que los trabajadores pasan gran parte del tiempo de sus vidas en el espacio de trabajo.

La vida saludable es un derecho fundamental de todo ser humano, donde se incluye la persona del trabajador, que no pierde dicha condición, ni tampoco la ciudadanía, por el simple hecho de ponerse al servicio del empleador. Como sintetizó con precisión Osvaldo Mantero de San Vicente, “ningún derecho fundamental se deja como el sombrero a la entrada del lugar de trabajo, porque los dere-

⁷ Información en el sitio de TSJ, <www.stj.jus.br>. [Consulta: 12.11.2008].

⁸ Supremo Tribunal Federal – RE 368564.

chos fundamentales, como las cabezas, no pueden ser separados de la persona humana en ningún lugar y bajo ninguna circunstancia”.⁹

El ser humano disfruta de una prominencia en el orden jurídico y el trabajo asumió una función de centralidad en la sociedad, por eso el orden jurídico debe garantizar de manera categórica el respeto de los derechos fundamentales del trabajador y su dignidad en las vertientes personal y profesional.

Es innegable, por lo tanto, que el ambiente donde el trabajador pasa cerca de un tercio de su vida productiva, tiene que ser sano bajo todos los aspectos, de forma que en él no se produzcan agresiones a su salud física y psíquica. Sin embargo, en realidad, no es eso lo que ocurre, puesto que son muy frecuentes, y es una lástima, las ocasiones en que el entorno laboral –en vez de promocionar la dignidad de la persona a través del ejercicio de una actividad y de ser un lugar de bienestar y crecimiento– se transforma en un espacio favorable a enfermedades de todo tipo, incluso psíquicas. Es una paradoja que las personas adquieran enfermedades o pierdan la vida justo en el lugar donde buscan recursos para su supervivencia.

Hay que ver, pues, cómo el derecho puede asegurar la protección a la salud del trabajador.

En Brasil, la cuestión referente al medio ambiente en sentido general está prevista en la Constitución de la República, atribuyendo a la Unión la incumbencia para “proteger el medio ambiente y combatir la contaminación en cualquiera de sus formas” (art. 23, VI). Respecto al medio ambiente laboral, en el texto constitucional hay una sola referencia: atribuir al sus la acción de “colaborar con la protección del medio ambiente, en este comprendido el del trabajo” (art. 200, VIII).

En el ámbito de la legislación ordinaria, el tema es tratado por la Ley n. 6.938, del 31-8-1981, que dispone sobre la Política Nacional del Medio Ambiente, definido como “el conjunto de condiciones, leyes, influencias e interacciones de orden físico, químico y biológico, que permite, acoge y rige la vida en todas sus formas” (art. 3º, I). Dicha ley no trata la cuestión del medio ambiente en el ámbito de las relaciones del trabajo, se limita a los aspectos físicos de la Naturaleza.

Ya, en el marco del Derecho del Trabajo brasileño, el capítulo de la CLT-Consolidación de las Leyes del Trabajo que trata de la “seguridad y medicina del trabajo” tiene alcance también reducido, prácticamente limitado a aspectos ergonómicos, de protección a la salud por medio de reglas sobre instalaciones y equipos de seguridad física y otras del género, nada que establezca sobre la salud mental o psíquica. Lo que, desde luego, no impide (hasta por el recurso a otras reglas y prin-

⁹ Osvaldo Mantero de San Vicente, *Derecho del trabajo y derechos humanos fundamentales*, p. 451.

cipios jurídicos) reconocer al empleado el derecho a la vida en su acepción más amplia, incluyendo la sanidad psicosomática.

Las reglas relativas al ambiente laboral (arts.154 y siguientes de la CLT), son dirigidas principalmente a las agresiones a la salud del trabajador resultantes de agentes físicos, químicos y biológicos, no haciendo referencia a las ofensas psicológicas. Sin embargo, la ley laboral brasileña atribuye al empleador el deber de cumplir y hacer cumplir las normas de seguridad y medicina del trabajo y de adoptar medidas preventivas, quedando al empleado la obligación de obedecer tales normas. La Ley de Previsión Social, por su turno, establece que “la empresa es responsable por la adopción y uso de medidas colectivas e individuales de protección y seguridad de la salud del trabajador”.¹⁰ Eso es lo que en derecho se llama deber de protección del empleador, éste responsable en asegurar al empleado un ambiente de trabajo físico como psicológicamente sano y celar por la protección de la vida y de la salud física y psicológica de aquel que para prestarle servicios se ha colocado bajo sus órdenes, su comando y su control.

El ingreso del individuo en la actividad laboral es, sin duda, un factor de dignidad, de realización personal, de crecimiento y de desarrollo, y no de deterioro. Por eso, se puede afirmar que al término de la relación de trabajo el empleado debe dejar su empleo tan sano como cuando estaba en ocasión de su admisión.

La ley laboral brasileña es muy avanzada en relación a la seguridad y a la medicina del trabajo, ordenando cuestiones tales como suministro para los empleados de equipos de protección individual, la realización de exámenes médicos periódicos, de iluminación y bienestar térmico en el local de trabajo, cómo operar en las instalaciones eléctricas y con máquinas y equipos, del trabajo en calderas, hornos y recipientes bajo presión, de prevención a la fatiga y tantas otras. Determina, también, reglas en cuanto a las edificaciones y prevé la existencia en el ámbito de las empresa de órganos internos de seguridad y medicina del trabajo (integrados por representantes del empleador y de los trabajadores). Establece aun normas de inspección, posibilitando la interdicción del establecimiento donde las reglas no son cumplidas. La ley también otorgó al ministro del Trabajo y Empleo el poder para editar normas complementares en materia de seguridad y medicina del trabajo, lo que ha sido hecho por medio de diversas NR-Normas Reglamentarias (actualmente, cuentan con un número de 38, siendo 5 del área rural), cada una tratando de un asunto específico.

Sin embargo, la riqueza del aparato legal, en la práctica poco de eso funciona. Muchas empresas, en especial las de pequeño y mediano porte, no cumplen con dichas normas, sea por desconocimiento, por negligencia, por el costo o incluso

¹⁰ Ley n. 8.213/91, art. 19, § 1º.

por dificultades técnicas y operacionales para la aplicación de normas tan complejas y minuciosas, que a veces están más allá de lo que se espera de la clase empresarial.

Además, el servicio de inspección es muy deficiente y muchas veces ineficaz por falta de equipos y de recursos humanos, financieros y técnicos. A tales dificultades se puede añadir la falta de actuación de los sindicatos y el desinterés de los propios trabajadores, los que con frecuencia rechazan el uso de equipamientos de protección y descuidan el cumplimiento de las normas de seguridad.

El trabajo en condiciones nocivas a la salud da al empleado el derecho a un pago adicional de 10%, 20% o 40% del salario mínimo, en conformidad con la insalubridad en los grados mínimo, mediano o máximo. Llevándose en cuenta el valor reducido del salario mínimo oficial, dicho suplemento salarial es muy pequeño en relación a los costos de las medidas preventivas, siendo más económico pagar el adicional que adoptar medidas sanitarias. Actualmente este sistema es muy criticado, pues representa la monetización de los riesgos a la salud, o sea, la salud es vendida o comercializada, mensualmente, por un valor muy pequeño.

Ante tales argumentos, la prevención de enfermedades y accidentes del trabajo es muy reducida, siendo impresionante el número de enfermedades físicas y psíquicas que se contrae en el trabajo, así como accidentes laborales, muchos de ellos con total invalidez o hasta la muerte misma de la víctima. El número de accidentes de trabajo en todo el país creció entre 2004 y 2006, pasando de 465 700 a 503 890, esto si se considera solamente los infortunios que efectivamente fueron comunicados de manera formal al órgano de previsión social. Noticias del Ministerio de la Previsión Social informan que el número de accidentes de trabajo comunicados aumentó en 136% desde que cambió la legislación (en abril/2007), donde se constató un aumento superior a 500% en los casos de enfermedades osteomusculares. En Brasil se registran 350 mil muertes al año en el ambiente del trabajo, siendo tres muertes a cada dos horas y tres accidentes de trabajo por minuto. Conviene resaltar que los empleadores son reacios en comunicar al Instituto Nacional de Seguro Social cuando ocurre un accidente de trabajo, puesto que eso puede causar a ellos una serie de gravámenes y obligaciones sociales, como garantizar el empleo de la víctima y el pago de indemnización por daños sufridos, aparte de una eventual penalidad criminal.

La Ley de Previsión Social brasileña¹¹ define el accidente del trabajo: aquello que ocurre en el ejercicio del trabajo a servicio de la empresa, causando lesión corporal o perturbación funcional, ocasionando la muerte, la pérdida o reducción –permanente o temporaria– de la capacidad para seguir trabajando, listando

¹¹ Ley n. 8.213/91 y Decreto n. 3.048/99.

también otras situaciones que son equiparadas a accidente laboral. La misma ley incluye en la categoría de accidente de trabajo las llamadas enfermedades ocupacionales, las que se clasifican en dos grupos: a) enfermedad profesional, así considerada aquella producida o desencadenada a través del ejercicio del trabajo peculiar a determinada actividad; b) enfermedad laboral, aquella adquirida o desencadenada en función de condiciones especiales en cómo es realizado el trabajo y con él tenga relación directa. También encajan en esa categoría de accidente de trabajo aquellas situaciones en las que el trabajo agravó una enfermedad ya existente o provocó el surgimiento de una enfermedad ya latente en el individuo.

Si las acciones preventivas son reducidas e ineficientes, las acciones represivas solo hace poco que empiezan a ganar fuerza.

De hecho, hasta recientemente no eran muy frecuentes las demandas judiciales sobre indemnizaciones de reparación de daños de parte de las víctimas de enfermedades y lesiones físicas sufridas en el trabajo, siendo aún más raras las reivindicaciones respecto a daños psíquicos y morales. Esta poquedad de procesos era consecuencia del desconocimiento de las personas y más por algunas dificultades para acceder y mover el moroso aparato judicial. Son también relativamente recientes los estudios doctrinarios respecto a la responsabilidad civil por daños (de todo tipo) en el marco específico de la relación laboral. Por tanto ha contribuido la más intensa preocupación con el medio ambiente en general y la búsqueda de una mejor calidad de vida.

Actualmente los estudios sobre este asunto están ya bien desarrollados y hace poco (2004) una enmienda a la Constitución transfirió para la Justicia Laboral la atribución para procesar y juzgar las reivindicaciones de indemnizaciones por daño moral o patrimonial que resulten de la relación laboral. Debido a eso, la discusión del tema ha ganado otro escenario y otra mirada, desarrollándose una intensa producción científica y una nueva jurisprudencia.

Los estudios más recientes ya están dando al asunto un enfoque multidisciplinario, puesto que las cuestiones sobre enfermedades ocupacionales no se limitan a los aspectos jurídicos, sino que comprenden también nociones de medicina, de psicología, de psiquiatría y otras ciencias.

Además de eso, las agresiones sufridas por el trabajador en el ambiente laboral no se limitan a su cuerpo físico, en muchos casos también afectan su mente, o al revés: las agresiones psicológicas son somatizadas y se reflejan en el cuerpo físico, pues la persona humana es un todo único (compuesto de cuerpo y mente/alma/espíritu). Sin duda, entonces, que deben de ser protegidos lo físico y lo anímico, pues cuando uno habla de proteger la salud hace referencia tanto a la física como mental, garantizando al individuo su integridad física y moral (o mental, o

psíquica o psicológica, según la comprensión de cada uno). Es cierto también que hay agresiones dirigidas en contra de la mente de la persona y otras que alcanzan directamente el cuerpo físico, pero al atacar la parte se estará atacando el todo, pues los daños físicos sufridos llevan a trastornos mentales, y los daños mentales terminan por producir lesiones físicas. Hay que respetar y tutelar la integridad psicofísica del individuo.

Casi siempre esas agresiones son acompañadas de ofensas designadas morales, afectando los llamados derechos de personalidad del individuo (nombre, honradez, dignidad, reputación, imagen, privacidad, intimidad etc.). En todos estos casos se configuran daños a la persona del trabajador, los que deben de ser resarcidos.

Por lo tanto, los daños personales que resultan del ambiente del trabajo pueden ser físicos (lesiones al cuerpo físico) o afectar la salud física y psíquica o psicofísica del trabajador, a los que se suman ciertos daños materiales o patrimoniales, como gastos médicos, tratamientos, fármacos, aparatos, equipamientos, prótesis y hasta ayuda permanente de una persona. A ellos son adicionados los daños morales, manifestados por el sufrimiento, por el dolor, por la angustia, por el sentimiento. Como consecuencia de las enfermedades psicofísicas oriundas del trabajo se pueden aún incluir los daños existenciales en general, como los daños a la vida de relación (familiar y social) y la imposibilidad de realizar actividades culturales, de entretenimiento, deportivas y otras. La adquisición de una enfermedad ocupacional puede también traer otros daños al empleado, como el lucro cesante (beneficios y ventajas en general que dejará de recibir) y la pérdida de una chance (oportunidad o posibilidad de obtener algo como el ascenso profesional).

Muchas veces las agresiones a la salud psicofísica del trabajador lo llevan a una total incapacidad para el trabajo, a veces también a la muerte y al suicidio. En estos casos, quienes sufren con tales daños son los familiares o aquellos que dependían económicamente del muerto y sufren los daños resultantes de la pérdida de la víctima, sean ellos materiales (pérdida de la fuente de subsistencia) como psíquicos, morales o de cualquier otra naturaleza.

Según el Código Civil brasileño, “aquel que, por acción u omisión voluntaria, negligencia o imprudencia, viole un derecho y cause un daño a otra persona, aunque exclusivamente moral, comete acto ilícito” (art. 186) y quienes en tales condiciones causen daño a otro queda obligado a repararlo (art. 927). Como el empleador tiene el deber de proteger al empleado y la obligación de proporcionarle un ambiente de trabajo físico y psicológicamente sano, adoptando, cumpliendo y haciendo cumplir las normas de seguridad y medicina del trabajo, él es el responsable directo por la integridad psicofísica del empleado. Por eso, el empleador es

civilmente responsable por los daños sufridos por el empleado en el ambiente laboral o en razón de su trabajo, debiendo reparar esos daños con valores proporcionales a toda su amplitud. Aunque la ley obligue al empleador a patrocinar un seguro de accidentes de trabajo para garantizar estos infortunios (donde se incluyen las enfermedades ocupacionales), al mismo tiempo dicha norma no lo exenta de indemnizaciones por daño cuando actuar con dolo o culpa. Además, dicho seguro es efectuado junto al INSS-Instituto Nacional de Seguro Social y proporciona solamente los beneficios de la seguridad social por incapacidad laboral, sustitutivos del salario y así no cubren los daños propiamente dichos.

En la actualidad son ya muy numerosas las reclamaciones en trámite en la Justicia Laboral en busca de la reparación de los daños causados a la vida y a la salud física o psíquica sufridos por los empleados, incluyéndose, con frecuencia, los respectivos daños morales. Por otro lado, el aumento significativo de esas demandas judiciales, algunas de ellas todavía sin fundamento alguno, trae el riesgo de trivializar el problema y llevar a los tribunales a una respuesta más contenida.

En general, los tribunales han atendido a tales reivindicaciones, otorgando las indemnizaciones a las víctimas o a sus familiares, aunque con ausencia de un criterio seguro en cuanto a la fijación del valor de la reparación, lo que suele ser arbitrario y variable.

Por cierto, no es la tutela compensatoria la solución más adecuada para el problema, cuya mejor solución reposa en la prevención. ¡Ojalá! la condena impuesta a los empleadores al pago de indemnizaciones expresivas sea la fuente de una nueva mentalidad orientada para la efectiva protección a la salud y a la vida del trabajador, mediante una acción preventiva.

BREVE COMPARACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA Y BRASILEÑA

*Jacinto García Flores**

*Ana Lilia Silva Ambriz**

*María de las Nieves Vélez Olivares***

La seguridad social en el mundo es un punto relevante en la política social de cada país, lo que ha permitido a sus habitantes asegurarse en las instituciones que tiene el Estado o cuando sus posibilidades se los permiten, adquirir una póliza de seguro que los protege en caso de enfermedad.

En el caso de México, la Constitución Federal en su artículo 4 a título de garantía individual, establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, y ya como derecho de los trabajadores, su artículo 123 fracción *xxix* establece que es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares, y quienes no tienen esta posibilidad, tienen a opción de inscribirse a uno voluntario o pagar la mejor atención que su salario les permita.

En el ámbito internacional los organismos que tienen relación con la salud buscan proteger la salud de los habitantes del planeta, lo que les lleva a sortear situaciones políticas, religiosas o económicas adversas, a manera de ejemplo, mien-

* Integrantes del Cuerpo Académico "Sistema tributario, administrativo y contable" de la Facultad de Contaduría Pública de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

** Asistente de investigación.

tras el Estado “Vaticano” cuenta con todas las medicinas del mundo y las vacunas necesarias para enfrentar cualquier enfermedad, países africanos o latinoamericanos tienen dificultades para enfrentar dicha situación.

En México, desde 1917, año de la promulgación de la Constitución Federal la población en general y la trabajadora en particular, tienen derecho a la referida seguridad social, lo cual hace también la Constitución brasileña –país que se tomará para la comparación–, promulgada en el año de 1988.

BREVE LEGISLACIÓN COMPARADA DE LA SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA Y BRASILEÑA

1. Antecedentes y aspectos internacionales

Cuando los habitantes de un país se preguntan si existe una ley que ampare la seguridad social de sus habitantes, la respuesta es afirmativa, sin embargo, no se debe desconocer que en todos los países las condiciones existentes son totalmente distintas, lo que hace que la seguridad social sea un problema a nivel internacional.

Es cierto que el otorgar una mejor calidad de vida, servicios básicos e indispensables para la supervivencia, son derechos que se encuentran ligados al derecho del trabajo y que funcionan como una especie de retribución por el desempeño del mismo. En el ámbito internacional lo anterior queda plasmado en Tratados, Convenios, Resoluciones y Declaraciones, redactados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización de los Estados Americanos (OEA) y de manera especial la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Dentro de las características esenciales del derecho social, podemos mencionar las siguientes:

- Son leyes que ven al hombre de una manera más cercana, real y concreta;
- Está dirigido a proteger a un grupo determinado de la sociedad;
- Tiende a ser una legislación de índole protectora debido a la intervención del Estado en todas las actividades;
- Coordina los intereses de la comunidad, mediante la seguridad económica para las personas de escasos recursos económicos y las protegen de situaciones que puedan poner en peligro su dignidad, su libertad, su salud, su integridad y hasta su vida.
- Intenta compensar a los que menos tienen económicamente, por lo tanto, regula intereses materiales para lograr cimentar la justicia social mediante una distribución de la riqueza más equitativa;

- Establece y controla las instituciones encargadas de aplicar las disposiciones del derecho social.

Las materias que abarca el derecho social en un término lato, son varias, por ejemplo, el derecho del trabajo, el derecho de la seguridad social, la protección del consumidor, la protección a la familia, a la mujer y a los menores, protección al patrimonio, protección a la vivienda y derecho a la educación”.¹

El término seguridad proviene del latín *securitas*, *securitatis* que significa fianza u obligación de indemnizar a alguien, regularmente en materia de intereses.²

El término social, surgió del latín *sociales* que es perteneciente o relativo a la sociedad.³

El derecho social es entendido como “el conjunto de normas jurídicas tutelares de la sociedad y de sus grupos débiles, obreros, campesinos, indígenas, entre otros, consignadas en las constituciones modernas y en los códigos orgánicos o reglamentarios”.⁴

Cabe señalar que para la seguridad social el sujeto de las prestaciones es la familia y no el trabajador individual, esto en virtud de que la familia es el núcleo indivisible que debe ser atendido. Las eventualidades previstas son: enfermedad, lesiones, maternidad, invalidez, ancianidad, muerte, viudez, orfandad, desocupación y otras privaciones graves.⁵

Respecto a las personas que reciben los servicios de la seguridad social podemos definir al beneficiario de la seguridad social, del latín *beneficiarius* que es la persona que tiene derecho a percibir una prestación de la seguridad social.⁶

La sociedad es la beneficiaria de la seguridad social que nace para amparar a toda la población, no como los seguros sociales que se encargan de asegurar al trabajador sólo en ciertos casos como en riesgos de trabajo.

A nivel internacional, podemos mencionar a la OIT, como el principal órgano de fomento y desarrollo de la seguridad social.

Podemos decir que la seguridad social surgió debido a la necesidad de protección de los trabajadores, de aquí se fue expandiendo hacia sus familias y posteriormente hacia toda la población. “La asistencia social, orientada a solucionar el problema de la indigencia, nació a consecuencia del sistema del asalariado, al

¹ <<http://buscon.rae.es/draef/html/cabecera.htm>>.

² *Mentor; Nuevo Diccionario Enciclopédico Ilustrado*, Argentina, Sopena, 1993, p. 13010.

³ *Ibid.*, p. 13037

⁴ Jorge Trueba Urbina, *Derecho de la seguridad social*, México, Editorial Librería Herreros, 1954, pp. 83-84.

⁵ Rodrigo Borja, *Enciclopedia de la política*, 3ª ed., México, FCE. 2002, p. 126.

⁶ Instituto de Investigaciones Jurídicas, *Diccionario Jurídico Mexicano*, 2ª ed., 1º tomo, México, Porrúa, 1987, p. 333.

producirse la primera Revolución Industrial. Tuvo inicialmente su fundamento en la caridad y en la beneficencia, con prestaciones que constituían en esencia actos de liberalidad, y, por consiguiente, no exigibles por los beneficiarios”.⁷

Con el proceso de industrialización se comenzaron a dar fuertes luchas de los trabajadores y de grupos políticos, entre otros, dando surgimiento a las organizaciones mutualistas, las cooperativas y los sindicatos, dedicados todos éstos a la protección de los trabajadores.

Dentro de los antecedentes del derecho del trabajo y por lo tanto de la seguridad social, encontramos a la Constitución francesa de 1848, en donde se establecieron los principios de libertad, igualdad y fraternidad, basándose en la familia, el orden público, el trabajo y la propiedad privada.

En Alemania se crearon leyes que fueron la representación de la seguridad social en toda Europa, estas leyes fueron las de Seguro contra Enfermedad, 1883; Seguro contra Accidentes de Trabajo, 1884; Seguro contra la Invalidez y la Vejez, 1889.

La Constitución Mexicana de 1917, fue la primera en establecer garantías sociales en cuanto a los derechos laborales, tomando en cuenta los aspectos individual y colectivo, así como la previsión social, al efecto, se incluyó el artículo 123 relativo a los derechos laborales. Estas bases comenzaron a dar importancia al mejoramiento de las condiciones de vida de los seres humanos.

La Organización Internacional del Trabajo ha impulsado a los Estados para mejorar las condiciones de la seguridad social, de hecho la Carta Constitutiva de la OIT enmarca diversos preceptos de la seguridad social, por ello los países la han tomado con base para la realización y adopción de sus políticas.

Así, entonces, el proceso denominado internacionalización de la seguridad social implicó la creación de organismos y normas en la materia que, de alguna manera, regularan y sirvieran de patrón para mejorar los sistemas de seguridad social. Este movimiento fue iniciado por la Organización Internacional del Trabajo (1919), la cual estableció normas básicas relacionadas con el trabajo, entre ellas la conocida como Norma Mínima o Convenio N° 102, referente a la seguridad social (1952).⁸

Lo anterior ha contribuido a la ampliación de los objetivos de la OIT por integrar al trabajo y a la seguridad social con los derechos humanos y a la creación de organismos especializados en seguridad social, como la Asociación Internacio-

⁷ Ricardo Nugent, “La seguridad social su historia y sus fuentes”, en *Instituciones de derecho del trabajo y de la seguridad social*, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, p. 610.

⁸ <<http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/nosotros/agosto2000/comosurgio.html>>. [Consulta el 20 de septiembre de 2008].

nal de Seguridad Social (AISS), 1927, la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), 1942; y la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), 1942, cada una ha tenido avances muy importantes en esta materia en la región en la que operan.

Con todo este impulso, la seguridad social fue adquiriendo mayor relevancia hasta formar parte de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 y de otros tantos instrumentos y organismos internacionales.

Marco normativo internacional de la seguridad social

a) Organización de las Naciones Unidas (ONU)

Dentro de los instrumentos internacionales que tienen relación con la seguridad social y que han sido adoptados en el marco de la Organización de las Naciones Unidas, se pueden mencionar a los siguientes:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966.
- Declaración de los Derechos del Niño, 1959.
- Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social, 1969.
- Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familias, 1990.

b) Organización de los Estados Americanos (OEA)

La Organización de los Estados Americanos ha tenido avances en materia de seguridad social y las disposiciones relacionadas con la misma se encuentran en instrumentos tales como:

- Carta de la Organización de los Estados Americanos, 1948.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos, 1969.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), 1988.

c) Organización Internacional del Trabajo (OIT)

Cabe decir que la Organización Internacional del Trabajo, ha sido uno de los principales organismos para el impulso y fomento de las normas internacionales de seguridad social, se creó en 1919, tras la Primera Guerra Mundial y la Revolución Rusa, como una organización internacional con el mandato de promover la paz industrial.⁹

Los convenios adoptados en el marco de la OIT han sido:

- Convenio sobre la Indemnización por Accidentes de Trabajo, 1925.
- Convenio sobre las Enfermedades Profesionales, 1925.
- Convenio sobre la Igualdad de Trato (accidentes de trabajo), 1925.
- Convenio sobre el Seguro de Enfermedad (industria), 1927.
- Convenio sobre el Seguro de Enfermedad (agricultura), 1927.
- Convenio sobre el Desempleo, 1934.
- Convenio sobre la Seguridad Social de la Gente de Mar, 1946.
- Convenio sobre la Seguridad Social (norma mínima), 1952.
- Convenio sobre la Protección de la Maternidad, 1952.
- Convenio sobre la Igualdad de Trato (seguridad social), 1962.
- Convenio sobre las Prestaciones en caso de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, 1964.
- Convenio sobre las Prestaciones de Invalidez, Vejez y Sobrevivientes, 1967.
- Convenio sobre Asistencia Médica y Prestaciones Monetarias de Enfermedad, 1969.
- Convenio sobre la Prevención de Accidentes (gente de mar), 1970.
- Convenio sobre la Conservación de los Derechos en Materia de Seguridad Social, 1982.
- Convenio sobre la Protección de la Salud y la Asistencia Médica (gente de mar), 1987.
- Convenio sobre la Seguridad Social de la Gente de Mar (revisado), 1987.
- Convenio sobre el Fomento del Empleo y la Protección contra el Desempleo, 1988.
- Convenio sobre la Protección de la Maternidad, 2000.

Dentro de los temas incluidos en las recomendaciones de esta Organización encontramos:

⁹ John Turner Colin Gillion, Denis Latulippe Clive Bailey, *Pensiones de seguridad social desarrollo y reforma*, España, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2002, p. 29.

- Indemnizaciones por Accidentes de Trabajo.
- Indemnizaciones por Enfermedades Profesionales.
- Seguros de Enfermedad.
- Asistencia a los Desempleados.
- Asistencia Médica a las Personas de Mar.
- Protección de la Maternidad.
- Protección de la Salud en los Lugares de Trabajo.
- Asistencia Médica y las Prestaciones Monetarias de Enfermedad.
- Prestaciones de Invalidez, Vejez y Sobrevivientes.
- Prevención de Accidentes de Trabajo de la Gente de Mar.
- Establecimiento de un Sistema Internacional para la Conservación de los Derechos en Materia de Seguridad Social.
- Fomento del Empleo y Protección contra el Desempleo.¹⁰

2. La seguridad social mexicana

Si bien es cierto que desde Emiliano Zapata y Francisco Villa se plasman los principios del denominado derecho social, éste queda consagrado constitucionalmente hasta la promulgación de la Constitución en Querétaro.¹¹

Los primeros antecedentes en México se dieron a principios del siglo xx, pues en él surgieron diversas leyes relacionadas con el tema, siendo éstas:

1. Ley de Accidentes de Trabajo del Estado de México o Ley Villada del 30 de abril de 1904.
2. Ley de Accidentes de Trabajo de Nuevo León, o Ley Bernardo Reyes del 9 de noviembre de 1906
3. Decreto de Venustiano Carranza del 12 de diciembre de 1912.
4. Ley de Accidentes de Trabajo del estado de Chihuahua de Salvador R. Mercado del 29 de julio de 1913.
5. Decreto número 7 del coronel Manuel Pérez Romeo gobernador y comandante militar del estado de Veracruz, el 4 de octubre de 1914 por el que se establece el descanso dominical para los dependientes del comercio y la industria.
6. Decreto de Manuel M. Diéguez del estado de Jalisco del 2 de septiembre de 1914, en el que se establece el descanso dominical, el descanso obli-

¹⁰ <<http://www.oit.org.pe/secsoc/marcojur/marcojur.html>>.

¹¹ José Emilio Rolando Ordóñez Cifuentes, *Dos ensayos en torno al derecho social en Mesoamérica*, México-Guatemala, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, 1ª ed., México, 2000, p. 10.

- gatorio, las vacaciones y la jornada de trabajo en las tiendas de abarrotes y los almacenes de ropa.
7. Ley del Trabajo del estado de Jalisco de Manuel Aguirre Berlanga del 7 de octubre de 1914 (misma que fue reformada el 20 de diciembre de 1915).
 8. Ley del Trabajo del estado e Veracruz de Cándido Aguilar, del 19 de octubre de 1914.
 9. Ley del Trabajo del estado de Yucatán de Salvador Alvarado, del 11 de diciembre de 1915, que establecía el mutualismo, en apoyo a los trabajadores.
 10. Ley sobre Accidentes de Trabajo del estado de Hidalgo del 25 de diciembre de 1915.¹²
 11. En 1917 con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se formaliza la figura de la seguridad social y se comienza a dar mayor impulso a la formación de las instituciones encargadas de poner en práctica a la seguridad social.

Marco jurídico de la seguridad social en México

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

En el artículo 123 la seguridad social se encuentra regulada en el apartado A fracción XXIX y en el apartado B fracción XI que señalan:

Artículo 123:

Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social de trabajo, conforme a la Ley.

El Congreso de la Unión, sin contravenir a las bases siguientes deberá expedir leyes sobre el trabajo, las cuales regirán:

A. Entre los obreros, jornaleros, empleados domésticos, artesanos y de una manera general, todo contrato de trabajo.

[...]

XXIX. Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protec-

¹² <<http://www.monografias.com/trabajos11/imseg/imseg.shtml>>. [Consulta: 19 de octubre de 2008].

ción y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares.

B. Entre los Poderes de la Unión, el Gobierno del Distrito Federal y sus trabajadores:

[...]

XI. La seguridad social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas:

a) Cubrirá los accidentes y enfermedades profesionales; las enfermedades no profesionales y maternidad; y la jubilación, la invalidez, vejez y muerte;

b) En caso de accidente o enfermedad, se conservará el derecho al trabajo por el tiempo que determine la ley;

c) Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un mes de descanso antes de la fecha fijada aproximadamente para el parto y de otros dos después del mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieran adquirido por la relación de trabajo. En el periodo de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos. Además, disfrutarán de asistencia médica y obstétrica, de medicinas, de ayudas para la lactancia y del servicio de guarderías infantiles.

d) Los familiares de los trabajadores tendrán derecho a asistencia médica y medicinas, en los casos y en la proporción que determine la ley.

e) Se establecerán centros para vacaciones y para recuperación, así como tiendas económicas para beneficio de los trabajadores y sus familiares.

f) Se proporcionarán a los trabajadores habitaciones baratas, en arrendamiento o venta, conforme a los programas previamente aprobados. Además, el Estado, mediante las aportaciones que haga, establecerá un fondo nacional de la vivienda a fin de constituir depósitos en favor de dichos trabajadores y establecer un sistema de financiamiento que permita otorgar a éstos crédito barato y suficiente para que adquieran en propiedad habitaciones cómodas e higiénicas, o bien para construir las, repararlas, mejorarlas o pagar pasivos adquiridos por estos conceptos.

Las aportaciones que se hagan a dicho fondo serán enteradas al organismo encargado de la seguridad social regulándose en su ley, y en las que corresponda, la forma y el procedimiento conforme a los cuales se administrará el citado fondo y se otorgarán y adjudicarán los créditos respectivos.¹³

2. Ley del Seguro Social

En México el objeto de la seguridad social para los trabajadores del apartado A del artículo 123 constitucional se encuentra regulada por el artículo 2 y 3 de la Ley del Seguro Social, que establece:

¹³ *Diario Oficial de la Federación, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, 5 de febrero de 1917, última reforma septiembre de 2008.

Artículo 2: La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.¹⁴

Artículo 3: La realización de la seguridad social está a cargo de las entidades o dependencias públicas, federales o locales y de organismos públicos descentralizados, conforme a lo dispuesto por esta Ley y demás ordenamientos legales sobre la materia.¹⁵

3. Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda Para los Trabajadores (INFONAVIT)

Además de la Ley del Seguro Social, la Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los trabajadores también coadyuva a la seguridad social al disponer en su artículo 3º lo siguiente:

Artículo 3º El Instituto tiene por objeto:

- I. Administrar los recursos del Fondo Nacional de la Vivienda;
- II. Establecer y operar un sistema de financiamiento que permita a los trabajadores obtener crédito barato y suficiente para:
 - a) La adquisición en propiedad de habitaciones cómodas e higiénicas,
 - b) La construcción, reparación, ampliación o mejoramiento de sus habitaciones, y
 - c) El pago de pasivos contraídos por los conceptos anteriores;
- III. Coordinar y financiar programas de construcción de habitaciones destinadas a ser adquiridas en propiedad por los trabajadores; y
- IV. Lo demás a que se refiere la fracción XII del Apartado A del Artículo 123 Constitucional y el Título Cuarto, Capítulo III de la Ley Federal del Trabajo, así como lo que esta ley establece.¹⁶

4. Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro

Además de las anteriores, la Ley del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) también participa en la seguridad social al disponer:

¹⁴ *Diario Oficial de la Federación, Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 21 de diciembre de 1995, última reforma 11 de agosto de 2006.

¹⁵ *Idem.*

¹⁶ *Diario Oficial de la Federación, Ley del INFONAVIT*, 24 de abril de 1972, última reforma 1 de junio de 2005.

Artículo 1º. La presente Ley es de orden público e interés social y tiene por objeto regular el funcionamiento de los sistemas de ahorro para el retiro y sus participantes previstos en esta Ley y en las leyes del Seguro Social, del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Artículo 2º. La coordinación, regulación, supervisión y vigilancia de los sistemas de ahorro para el retiro están a cargo de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro como órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público dotado de autonomía técnica y facultades ejecutivas, con competencia funcional propia en los términos de la presente ley.¹⁷

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

La Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado dispone:

Artículo 1º. La presente Ley es de orden público, de interés social y de observancia en toda la República; y se aplicará:

I. A los trabajadores al servicio civil de las dependencias y de las entidades de la Administración Pública Federal que por ley o por acuerdo del Ejecutivo Federal se incorporen a su régimen, así como a los pensionistas y a los familiares derechohabientes de unos y otros;

II. A las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y de los Poderes de la Unión a que se refiere esta Ley;

III. A las dependencias y entidades de la Administración Pública en los estados y municipios y a sus trabajadores en los términos de los convenios que el Instituto celebre de acuerdo con esta Ley, y las disposiciones de las demás legislaturas locales;

IV. A los Diputados y Senadores que durante su mandato constitucional se incorporen individual y voluntariamente al régimen de esta Ley; y

V. A las agrupaciones o entidades que en virtud de acuerdo de la Junta Directiva se incorporen al régimen de esta Ley.

Artículo 2º. La seguridad social de los trabajadores comprende: I. El régimen obligatorio; y II. El régimen voluntario.¹⁸

¹⁷ *Diario Oficial de la Federación, Ley de los Sistemas del Ahorro para el Retiro*, 23 de mayo de 1996, última reforma 28 de junio de 2007.

¹⁸ *Diario Oficial de la Federación, Ley del ISSSTE*, 31 de marzo de 2007.

Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM)

Las Fuerzas Armadas de nuestro país también participan de la seguridad social en los términos de la ley correspondiente que establece:

Artículo 2º. Las funciones del instituto son:

- I. Otorgar las prestaciones y administrar los servicios a su cargo que la presente Ley le encomienda;
- II. Administrar su patrimonio exclusivamente para el fin señalado en la presente Ley;
- III. Administrar los fondos que reciba con un destino específico, aplicándolos a los fines previstos;
- IV. Administrar los recursos del Fondo de la Vivienda para los miembros del activo del Ejército, Fuerza Aérea y Armada, a fin de establecer y operar un sistema de financiamiento que les permita obtener crédito barato y suficiente para:
 - a) La adquisición en propiedad de habitaciones cómodas e higiénicas, incluyendo las sujetas al régimen de condominio;
 - b) La construcción, reparación, ampliación o mejoramiento de sus habitaciones,
 - c) El pago de pasivos contraídos por los conceptos anteriores.
- V. Coordinar y financiar con recursos del Fondo de la Vivienda programas de construcción de habitaciones destinadas a ser adquiridas en propiedad por los miembros del Ejército, Fuerza Aérea y Armada;
- VI. Adquirir todos los bienes muebles e inmuebles necesarios para la realización de sus cometidos;
- VII. Invertir sus fondos de acuerdo con las disposiciones especiales de esta Ley;
- VIII. Realizar toda clase de actos jurídicos y celebrar los contratos que requiera el servicio;
- IX. Organizar sus dependencias y fijar la estructura y funcionamiento de las mismas;
- X. Expedir el estatuto orgánico, manuales, normas y procedimientos interiores para la debida prestación de los servicios y para su organización interna;
- XI. Difundir conocimientos y orientaciones sobre prácticas de previsión social, y
- XII. Las demás que le confieren las leyes y reglamentos.¹⁹

Ley del instituto del Fondo Nacional para el Consumo de los Trabajadores (Fonacot)

El Fonacot forma parte de las instituciones que brindan seguridad social a los trabajadores mexicanos al permitirles adquirir bienes y servicios para satisfacer

¹⁹ *Diario Oficial de la Federación, Ley del ISSFAM*, 9 de julio de 2003, última reforma 8 de mayo de 2006.

sus necesidades. La Ley del Instituto del Fondo Nacional para el Consumo de los Trabajadores dispone:

Artículo 1. Se crea el Instituto del Fondo Nacional para el Consumo de los Trabajadores como un organismo público descentralizado de interés social, con personalidad jurídica y patrimonio propio, así como con autosuficiencia presupuestal y sectorizado en la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

Artículo 2. El Instituto del Fondo Nacional para el Consumo de los Trabajadores tendrá como objeto promover el ahorro de los trabajadores, otorgarles financiamiento y garantizar su acceso a créditos para la adquisición de bienes y pago de servicios. Asimismo, el Instituto deberá actuar bajo criterios que favorezcan el desarrollo social y las condiciones de vida de los trabajadores y de sus familias. Además, deberá ajustar su operación a las mejores prácticas de buen gobierno y mejora continua, quedando sujeto, entre otras, a la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

3. La seguridad social brasileña

En América Latina, Brasil es uno de los países con mejor economía lo que permite compararlo con nuestro sistema de seguridad social.

De 1940 a 1986 la esperanza de vida ha aumentado 26 años, pasando de 42 a 68 años y para el 2020 se proyecta una esperanza de vida de 76 años.

La Constitución brasileña de 1988 generalizó los beneficios y la uniformidad de derechos entre los trabajadores urbanos y rurales. En el régimen general de previsión social el valor de los beneficios obedece a un límite mínimo. Es como si cada persona tuviera una cuenta virtual en que se acumula las contribuciones aportadas al sistema previsional.

El total acumulado en esta cuenta es dividido por la esperanza de vida en el momento de la jubilación. A este valor se agrega una prima por permanencia y actividad, es decir, una prima cuyo valor depende de la edad en que el asegurado decide jubilarse. De esta manera, el ciudadano puede administrar su vida laboral, eligiendo entre jubilarse cuando cumpla los requisitos –35 años de cotización para los hombres y 30 para la mujer o tener 65 años cumplidos si es hombre y 60 si es mujer–, o aplazar su jubilación para tener una prestación de valor superior.

La previsión social brasileña está tratando de estrechar la relación entre cotizaciones y prestaciones, estableciendo una cuenta individual, en la que cada persona tiene cierto grado de libertad en su decisión para jubilarse. Además, se buscaron criterios actuariales, la universalización y extensión de la tasa de cobertura.

Estas prestaciones están financiadas por toda la sociedad mediante los impuestos, por ello el Congreso aprobó la Ley de Responsabilidad Fiscal que determina que sean explicitadas con transparencia las cuentas asistenciales en el presupuesto.

Es importante destacar otras características; es un sistema obligatorio, organizado a nivel nacional, financiado públicamente por el sistema de reparto con subsidios sociales y contribución definida y administrado por el INSS, sin embargo, los cambios en el mercado laboral permiten ver un aumento de la participación de los trabajadores por cuenta propia o autónomos, lo que hace necesario la adaptación de los sistemas de previsión social, con el objetivo de proteger socialmente a estos trabajadores, lo que ha llevado a establecer algunos mecanismos de estímulo para su afiliación.

Desde 1999, se otorgó libertad a los trabajadores por cuenta propia para decidir sobre el valor de sus cotizaciones para el sistema previsional, con tal de que cumplan las condiciones establecidas para el régimen general. Esto permite que dichos trabajadores decidan el tipo de seguro social que quieren comprar y qué tipo de jubilación recibirán en el futuro.

Otra medida importante aprobada, es la Ley de Responsabilidad Fiscal. Ésta exige que todos los entes públicos, Unión, Estados y Municipios le presenten al Poder Legislativo, un balance financiero anual de sus cuentas previsionales y del cálculo actuarial del sistema previsional, esto permitirá tener una total transparencia en las cuentas de previsión social del sector público en Brasil.

Otro cambio, respecto al sector público, es el establecimiento de reglas para el conteo recíproco del tiempo de cotización desde 1970, es decir, si la persona trabajó una parte en el sector privado y otra en el sector público se suma todo el tiempo de cotización en ambos regímenes para efectos de jubilación. Esto también ocurre entre los trabajadores federales, estatales y municipales.

Se busca aplicar un régimen general para todos, o sea, que todos sean iguales respecto a la previsión social, ya sea trabajador público, privado o autónomo, civil o militar.

Constitución federal de Brasil de 1988

Los artículos constitucionales que tienen relación con la seguridad social en Brasil son los siguientes:

Artículo 6: Son derechos sociales la educación, la salud, el trabajo, el descanso, la seguridad, la previsión social y la proyección de la maternidad.

Artículo 194: La seguridad social comprende un conjunto integrado de acciones de iniciativa de los Poderes Públicos y de la sociedad, destinadas a asegurar los derechos relativos a la salud, a la previsión y a la asistencia social.

Corresponde al Poder Público, en los términos de la ley, organizar la seguridad social con base en los siguientes objetivos:

- I. Universalidad de la cobertura y de la atención;
- II. Uniformidad y equivalencia de los beneficios y servicios a las poblaciones urbanas y rurales;
- III. Selectividad y distribución en la prestación de los beneficios y servicios;
- IV. Irreductibilidad del valor de los beneficios;
- V. Equidad en la forma de participación en el coste;
- VI. Diversidad de la base de financiación;
- VII. carácter democrático y descentralizado de la gestión administrativa, con la participación de la comunidad, en especial de los trabajadores, empresarios y pensionistas.

Artículo 195. La seguridad social será financiada por toda la sociedad, de forma directa e indirecta, en los términos de la ley, mediante recursos provenientes de los presupuestos de la Unión, de los Estados, del Distrito Federal y de los Municipios, y de las siguientes aportaciones sociales:

- I. De los trabajadores.
- II. De los trabajadores.
- III. Sobre los ingresos de apuestas.
 1. Los ingresos de los Estados, del Distrito Federal y de los Municipios destinados a la seguridad social formarán parte de los respectivos presupuestos, no integrando el presupuesto de la Unión.
 2. El proyecto de presupuesto de la seguridad social será elaborado por los órganos responsables de la salud, previsión social y asistencia social, teniendo en cuenta las metas y prioridades establecidas en la ley de directrices presupuestarias, garantizando a cada área la gestión de sus recursos.
 3. La persona jurídica en deuda con el sistema de la seguridad social no podrá, en la forma en que la ley lo establezca, contratar con el Poder Público ni recibir de él beneficios o incentivos fiscales o crediticios.
 4. La ley podrá establecer otras fuentes destinadas a garantizar el mantenimiento o expansión de la seguridad social, obedeciendo lo dispuesto en el artículo 154, I.
 5. Ningún beneficio o servicios de la seguridad social podrá crearse, mejorarse o extenderse sin la correspondiente fuente de ingresos totales.

6. Las contribuciones sociales de que trata este artículo sólo podrán ser exigidas una vez transcurridos 90 días de la fecha de publicación de la ley que las hubiese establecido o modificado, no siéndoles aplicables lo dispuesto en el artículo 150, III, b).

7. Están exentas de contribución para la seguridad social las entidades benéficas de asistencia social que atiendan las exigencias establecidas en ley.

8. El productor, el aparcerero, el mediero y el arrendatario rural, el buscador de metales preciosos y el pescador artesanal, así como los respectivos cónyuges, que ejerzan sus actividades en régimen de economía familiar, sin empleados permanentes, contribuirán a la seguridad social familiar, sin empleados permanentes, contribuirán a la seguridad social mediante la aplicación de una alícuota sobre el resultado de la comercialización del producto, y adquirirán derecho a las prestaciones en los términos de la ley.

Artículo 201. Los planes de previsión social, mediante cotización, atenderán, en los términos de la ley a:

- I. Cobertura de las contingencias de enfermedad, invalidez, muerte, incluidos las resultantes de accidentes de trabajo, vejez y reclusión;
- II. Ayuda a la manutención de los dependientes de los asegurados de baja renta;
- III. Protección a la maternidad, especialmente a la gestante;
- IV. Protección al trabajador en situación de desempleo involuntario;
- V. Pensión por muerte del asegurado, hombre o mujer, al cónyuge o compañero y dependientes, obedeciendo lo dispuesto en el artículo 5 y en el art. 202.

1. Cualquier persona podrá participar de los beneficios de la previsión, mediante cotización en la forma de los planes de previsión.

2. Queda asegurado el reajuste de las percepciones para preservar, con carácter permanente, el valor real, conforme criterios definidos en ley.

3. Todos los salarios de cotización tenidos en cuenta en el cálculo de la percepción serán corregidos monetariamente.

4. Las ganancias habituales del empleado, por cualquier título, serán incorporadas al salario a efectos de contribución a la previsión y consiguiente repercusión en las percepciones, en las cosas y en la forma de ley.

5. Ninguna percepción que sustituya al salario de cotización o al rendimiento de trabajo tendrá valor mensual inferior al salario mínimo.

6. La gratificación para natalidad de los jubilados y pensionistas tendrá por base el valor de las ganancias del mes de diciembre de cada año.

7. La previsión social mantendrá un seguro colectivo, de carácter complementario y facultativo, costeadado por cotizaciones adicionales.

8. Están prohibidas las subvenciones o el auxilio del Poder Público a las entidades de previsión privada con fines lucrativos.

Artículo 202. Queda asegurada la jubilación, en los términos de la ley, calculándose la prestación sobre la media de los treinta y seis últimos salarios de cotización, corregidos monetariamente mes a mes y comprobándose la regularidad de los reajustes de los salarios de cotización de forma que se garanticen sus valores reales y se cumplan los siguientes requisitos:

I. A los 65 años de edad, para el hombre, y a los 60 para la mujer, reduciendo en 5 años el límite de edad de los trabajadores rurales de ambos sexos y para los que ejerzan sus actividades en régimen de economía familiar, incluyendo el productor rural, el buscador de metales preciosos y el pescador artesanal;

II. Después de 35 y cinco años de trabajo, al hombre y, después de 30, a la mujer o en tiempo inferior, si estuviesen sujetos a condiciones especiales de trabajo que perjudiquen la salud o la integridad física, definidos en ley;

III. Después de 30 años al profesor y, después de 25, a la profesora, por efectivo ejercicio de la función de magisterio.

1. Se permite la jubilación anticipada, después de 30 años de trabajo, al hombre, y, después de 25, a la mujer.

2. A efectos de jubilación, se garantiza la contabilización recíproca del tiempo de cotización en la administración pública y en la actividad privada, rural y urbana, en cuyo caso los distintos sistemas de previsión se compensarán financieramente, según criterios establecidos en la ley.

Artículo 203. La asistencia social se prestará a quien la necesite, independientemente de contribuir a la seguridad social, y tiene por objetivos:

- I. La protección a la familia, a la maternidad, a la infancia, a la adolescencia y a la vejez.
- II. El amparo a los niños y a los adolescentes carentes.
- III. La promoción de la integración en el mercado de trabajo.
- IV. La habilitación y rehabilitación de las personas portadoras de deficiencia y la promoción de su integración en la vida comunitaria.
- V. La garantía de un salario mínimo de percepción mensual a la persona portadora de deficiencia y al anciano que prueben no poseer medios de proveer su propia manutención o no tenerla provista por su familia, conforme dispusiese la ley.²⁰

²⁰ Constitución de la República Federativa de Brasil, 1988.

CONCLUSIÓN

La seguridad social, aspiración de la sociedad de todo Estado, es proporcionada a la población mediante una serie de instrumentos cuya fundamentación jurídica difiere de país en país, por sus tradiciones, creencias e historia.

Los organismos internacionales han redactado y puesto en vigor una serie de tratados o convenios con la finalidad de proteger a la población contra las enfermedades que pudieran aquejarles.

En el caso de la seguridad social existente en México y Brasil, si bien es cierto que protege a la población en ambos países, también es cierto que está debidamente regulada en los diferentes instrumentos jurídicos mencionados en este documento, y también es cierto que experimenta los cambios exigidos por la economía mundial, en detrimento de un mejor nivel de vida a favor de los trabajadores que en el futuro inmediato y mediato dejen de estar sujetos a una relación de trabajo.

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ESPAÑA: SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

*José María Pérez Gómez**

PLANTEAMIENTO

La Constitución española de 1978, en su artículo 41, afirma que los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad; asimismo, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública utilizando medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Igualmente el artículo 38.1.a) de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS) incluye dentro de la acción protectora del ámbito de la Seguridad Social "la asistencia sanitaria en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo".¹

Sin embargo, a pesar de dicha configuración inicial, el Sistema Nacional de Salud (SNS) ha ido desligándose de forma progresiva del tronco común que le unía al Sistema de Seguridad Social (SSS), y sin perjuicio de formar uno de los pilares del denominado Sistema de Previsión Social, su autonomía tanto respecto a las

* Profesor Tutor de Derecho del Trabajo y Seguridad Social (UNED). Académico correspondiente de la Real Academia de Jurisprudencia y Legislación.

¹ Para un estudio de la asistencia sanitaria como prestación de seguridad social, véase M. Alonso Olea, *Las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social*, Madrid, Civitas, 1994.

fuentes de financiación como en cuanto a los mecanismos de gestión le han ido confiriendo unas características propias.²

Por otra parte, para entender adecuadamente la organización del SNS español, no puede perderse de vista el título VIII del texto constitucional que diseñó una nueva organización territorial del Estado que posibilitaba la asunción por las Comunidades Autónomas (CCAA) de competencias en materia de sanidad, reservando para aquél la regulación de las bases y la coordinación general de la sanidad.³ La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS), dio respuesta y desarrollo a estas previsiones constitucionales, estableciendo los principios y criterios sustantivos que han permitido configurar el SNS: el carácter público y la universalidad y gratuidad del sistema; la definición de los derechos y deberes de ciudadanos y poderes públicos en este ámbito; la descentralización política de la sanidad; la integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el SNS y su organización en áreas de salud, y el desarrollo de un nuevo modelo de atención primaria que ponía el énfasis en la integración en este nivel de las actividades asistenciales y de prevención, promoción y rehabilitación básica. Aspectos en los que, posteriormente, profundizó la Ley de Cohesión y Calidad (LCC) del SNS.

Como respuesta a esta organización descentralizada de la asistencia sanitaria, la LGS creó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como órgano coordinador entre las CCAA y la Administración General del Estado. De conformidad con el art. 69 LCC, éste aparece formalmente configurado como el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud autonómicos entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del SNS mediante la garantía efectiva y

² Efectivamente, como señala Juan Pemán Gavín, *Asistencia sanitaria y sistema nacional de salud*, Granada, Comares, 2005, si bien la consolidación de un sistema de asistencia sanitaria pública en España se debió a la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, creado por Ley de 14 de diciembre de 1942, vinculado tanto de manera orgánica como funcional a las incipientes instituciones de la Seguridad Social Española y a la institución del aseguramiento como título con base al cual se accede a la prestación, en la actualidad se ha transformado en un derecho autónomo en el que "la condición de persona es título suficiente para fundamentar el otorgamiento del derecho a la asistencia sanitaria".

³ Sobre la evolución de la distribución de competencias entre la Administración central y autonómica, véase J. M. Fernández Pastrana, *El servicio público de la sanidad: El marco constitucional*, Madrid, Civitas, 1984; J. García González-Posada, "La organización del sistema sanitario español", en *Lecciones de derecho sanitario*, La Coruña, Universidad da Coruña, 1999; J. M. Pérez Gómez, "Las competencias sanitarias de las distintas administraciones públicas", en *Relatorios del curso de especialización en derecho sanitario*, Santiago de Compostela, Xunta de Galicia, 2000; J. L. Beltrán Aguirre, *Derecho sanitario de Navarra*, Pamplona, Gobierno de Navarra, 2005.

equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado. Está constituido por el ministro de Sanidad y Consumo, que ostentará su presidencia, y por los consejeros competentes en materia de sanidad de las CCAA. La Vicepresidencia de este órgano la desempeñará uno de los consejeros competentes en materia de sanidad de las CCAA, elegido por todos los consejeros que lo integran. Asimismo, contará con una secretaria, órgano de soporte permanente del Consejo, cuyo titular será propuesto por el ministro de Sanidad y Consumo y ratificado por el mismo Consejo, y asistirá a las sesiones con voz y sin voto. Puede trabajar tanto en sesiones de plenario como de Comisión.

Efectivamente, al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos Estatutos de Autonomía, todas las CCAA han asumido paulatinamente competencias en materia de sanidad. Este proceso se ha completado con un modelo estable de financiación, mediante la aprobación de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las CCAA de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía.

En la actualidad sólo la asistencia sanitaria prestada en las CCAA de Ceuta y Melilla, así como la prestada mediante el Instituto Social de la Marina a la flota pesquera y mercante española en alta mar haciendo uso de buques hospital, está gestionada directamente por la Administración Central. También queda fuera de este ámbito la asistencia sanitaria prestada a determinados colectivos como los funcionarios públicos de la Administración Central del Estado, las Fuerzas Armadas y los beneficiarios de la Mutualidad General Judicial, los cuales pueden optar entre ser atendidos por el SNS o por los servicios sanitarios de índole privado que son concertados por las mutualidades en las que se encuentran integrados.

En principio, la asunción de competencias por las CCAA constituye un medio para aproximar la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano y facilitarle, así, garantías en cuanto a la equidad, la calidad y la participación, que son, en definitiva, las premisas sobre las que se asienta el modelo del SNS en España:

- a) Equidad, en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos.
- b) Calidad, que conjugue la incorporación de innovaciones con la seguridad y efectividad de éstas, que oriente los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando éstos aparecen; calidad que evalúe el beneficio de las actuaciones clínicas incor-

porando sólo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud, e implicando a todos los actores de sistema.

- c) Y, por último, participación ciudadana, tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario, y para permitir el intercambio de conocimientos y experiencias.

Estas premisas se materializan en los siguientes principios recogidos por el artículo 2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS:

- a) La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad.
- b) El aseguramiento universal y público por parte del Estado.
- c) La coordinación y la cooperación de las Administraciones públicas sanitarias para la superación de las desigualdades en salud.
- d) La prestación de una atención integral a la salud, comprensiva tanto de su promoción como de la prevención de enfermedades, de la asistencia y de la rehabilitación, procurando un alto nivel de calidad.
- e) La financiación pública del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con el vigente sistema de financiación autonómica.
- f) La igualdad de oportunidades y la libre circulación de los profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.
- g) La colaboración entre los servicios sanitarios públicos y privados en la prestación de servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud.
- h) La colaboración de las oficinas de farmacia con el Sistema Nacional de Salud en el desempeño de la prestación farmacéutica.

ÁMBITO SUBJETIVO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Tras un largo proceso, puede afirmarse que la vocación de universalidad de la cobertura del SNS ha sido cumplida casi en su totalidad. Efectivamente el artículo 3.1 LCCSNS establece que son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria los siguientes:

- a) Todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000.
- b) Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación.
- c) Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos.

Esta cobertura se manifiesta en la posibilidad de que los ciudadanos disfruten de los siguientes derechos, si bien matizados en función de la normativa de desarrollo, en el conjunto del SNS:

- a) A disponer de una segunda opinión facultativa sobre su proceso,
- b) A recibir asistencia sanitaria en su comunidad autónoma de residencia en un tiempo máximo,
- c) A recibir, por parte del servicio de salud de la comunidad autónoma en la que se encuentre desplazado, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que pudiera requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa comunidad autónoma.

Para poder ejercer estos derechos en todo el territorio nacional la LCC prevé en su artículo 57 la creación de una tarjeta sanitaria individual para todos los ciudadanos, configurada como un documento administrativo que acredita determinados datos de su titular (los datos básicos de identificación del titular de la tarjeta, del derecho que le asiste en relación con la prestación farmacéutica y del servicio de salud o entidad responsable de la asistencia sanitaria).

Al margen de las distintas competencias de gestión de las administraciones autonómicas, los dispositivos que las tarjetas incorporen para almacenar la información básica y las aplicaciones que la traten deberán permitir que la lectura y comprobación de los datos sea técnicamente posible en todo el territorio del Estado y para todas las administraciones públicas.

Para ello, el Ministerio de Sanidad y Consumo, en colaboración con las CCAA y demás administraciones públicas competentes, establecerá los requisitos y los estándares necesarios.

Para facilitar este objetivo, la Ley prevé la existencia de un código de identificación personal único, y que el Ministerio de Sanidad y Consumo desarrollará una base de datos que recoja la información básica de asegurados del SNS, de tal manera que los servicios de salud dispongan de un servicio de intercambio de información sobre la población protegida, mantenido y actualizado por los propios integrantes del sistema. Este servicio de intercambio permitirá la depuración de titulares de tarjetas a fin de evitar duplicidades y fraudes.

En cualquier caso, no debe olvidarse la integración del SNS español en el ámbito europeo, donde la tarjeta sanitaria europea garantiza también, en determinadas condiciones, la posibilidad de ser atendido por los Servicios Públicos de Salud del resto de los Estados miembros de la Unión Europea y, así pues, las tarjetas sanitarias individuales deberán adaptarse, en su caso, a la normalización que pueda

establecerse para el conjunto de las administraciones públicas y en el seno de la Unión Europea.

Desde el punto de vista de la dignidad del paciente, no debe olvidarse que la prestación de la asistencia sanitaria también deberá sujetarse a los siguientes principios recogidos por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica en su artículo 2º:

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.

2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la ley.

3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.

6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

ÁMBITO MATERIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Con carácter general podemos señalar que el SNS comprende tanto la realización efectiva de prestaciones sanitarias, como la implantación de planes y actuaciones tendentes a favorecer una mejor salud pública, e incluso asistencia farmacéutica, tanto la hospitalaria que es completamente gratuita, como la ambulatoria, total o parcialmente financiada por el SNS, según que se trate o no de pensionistas del SSS. En este sentido, se consideran prestaciones de atención sanitaria del SNS los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, te-

rapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos.

Para su consecución, el artículo 7 LCC prevé la existencia de un catálogo de prestaciones del SNS que, ha sido aprobado posteriormente por el Real Decreto 1030/2006 por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización.

Este catálogo de prestaciones tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. El catálogo comprende las prestaciones correspondientes a salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario.

Además de las prestaciones incluidas en el catálogo, los beneficiarios también tendrán derecho a recibir la información y documentación sanitaria y asistencial de acuerdo con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Las prestaciones sanitarias del catálogo se harán efectivas mediante una cartera de servicios acordada en el seno del Consejo Interterritorial del SNS y únicamente se facilitarán por el personal legalmente habilitado, en centros y servicios, propios o concertados, del SNS, salvo en situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios de aquél, sin perjuicio de lo establecido en los convenios internacionales en los que España sea parte. (artículo 9.)

MODELO DE FINANCIACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Como resulta evidente, los costes de un modelo sanitario tan ambicioso como el propuesto en la LGS superan ampliamente los recursos derivados exclusivamente de las cotizaciones obtenidas por el SSS y forzó la necesidad de que durante años el Estado inyectara anualmente ingentes recursos para financiar el déficit. Finalmente, ante la culminación del proceso de separación del SNS del SSS, con el denominado Pacto de Toledo, suscrito entre las principales fuerzas políticas y sociales del país, la Ley 24/1997, de 15 de junio, de Consolidación y Racionalización del SSS concibió la asistencia sanitaria como una “prestación no contributiva y universal de Seguridad Social”, modificándose la redacción del artículo 86.2 LGSS. Esto implicó que esta prestación se financiara exclusivamente con cargo a im-

puestos a partir de 1999, excepto en lo que se refiere a la asistencia sanitaria derivada de contingencias laborales, las cuales siguen teniendo carácter contributivo.

En la actualidad, tras la culminación del proceso de traspaso de competencias en materia de asistencia sanitaria a las CCAA (proceso iniciado en 1981 con la transferencia a la Comunidad Autónoma Catalana y completado en el año 2001, con el traspaso a las últimas once CCAA pendientes de recibir el traspaso), las prestaciones que establece esta ley son responsabilidad financiera de las CCAA de conformidad con los acuerdos de transferencias y el actual sistema de financiación autonómica, sin perjuicio de la posible existencia, en determinados casos, de un tercero obligado al pago. Las CCAA deberán destinar a la financiación de dichas prestaciones los importes mínimos previstos en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre. Disponen además de la posibilidad de recurrir a determinados recargos impositivos. Los sistemas de garantías que prevé la LCC son asimismo responsabilidad financiera de las CCAA (artículo 10.1).

En cualquier caso, los inevitables movimientos de población entre las distintas CCAA, unido a que determinados servicios de referencia no se encuentran en todas éstas, provoca ciertas disfunciones que deben ser suplidas mediante unos suplementos de financiación procedente del Estado que ayude a la cohesión del sistema. Así, la disposición adicional quinta LCC regula el denominado “Fondo de Cohesión”, que tiene por finalidad garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español y la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea, o de países con los que España tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, como encargado de la gestión del Fondo de Cohesión sanitaria, realizará políticas que aseguren la cohesión sanitaria y la corrección de desigualdades. Estas políticas se desarrollarán mediante planes integrales de salud, que tendrán en cuenta variables epidemiológicas y sociales que supongan una mayor necesidad de servicio, tales como patologías crónicas, morbimortalidad estandarizada por edad, población infantil, población inmigrante y otras de carácter similar.

CONTENIDO DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS

1. Atención primaria y atención especializada

a) Atención primaria: La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la

vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

Conforme al art. 12 LCC, la atención primaria comprenderá:

- a) La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
- b) La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- c) Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.
- d) Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.
- e) La rehabilitación básica.
- f) Las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.
- g) La atención paliativa a enfermos terminales.
- h) La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.
- i) La atención a la salud bucodental.

b) Atención especializada: (art. 13 LCC) La atención especializada comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquéllas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel. Sin perjuicio de lo anterior, la atención especializada se prestará, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, en consultas externas y en hospital de día.

Conforme al art. 13 LCC, la atención sanitaria especializada comprenderá:

- a) La asistencia especializada en consultas.
- b) La asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico.
- c) La hospitalización en régimen de internamiento.
- d) El apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, la hospitalización a domicilio.
- e) La indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

- f) La atención paliativa a enfermos terminales.
- g) La atención a la salud mental.
- h) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

2. Prestación de atención sociosanitaria (art. 14 LCC)

La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social. En este punto, debe tenerse muy en cuenta la cercanía de este tipo de prestaciones al Sistema de Dependencia que se está comenzando a implantar.

En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:

- a) Los cuidados sanitarios de larga duración.
- b) La atención sanitaria a la convalecencia.
- c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

3. Prestación de atención de urgencia

La atención de urgencia, conforme a lo previsto en el artículo 15 LCC se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería.

4. Prestación farmacéutica

La prestación farmacéutica comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad.

Esta prestación se regirá por lo dispuesto en la Ley 25/1990, de 20 de, del Medicamento, y por la normativa en materia de productos sanitarios y demás disposiciones aplicables.

En este caso, sin embargo, fuera de los casos de dispensación hospitalaria, salvo en el caso de pensionistas del sss, el sns sólo cubre una parte del coste de aquellos medicamentos incluidos en el ámbito de esta prestación por las correspondientes autoridades autonómicas. Estableciéndose una preferencia por la dispensación financiada con fondos públicos de fármacos genéricos.

5. Prestación ortoprotésica

La prestación ortoprotésica consiste en la utilización de productos sanitarios, implantables o no, cuya finalidad es sustituir total o parcialmente una estructura corporal, o bien de modificar, corregir o facilitar su función. Comprenderá los elementos precisos para mejorar la calidad de vida y autonomía del paciente.

Esta prestación se facilitará por los servicios de salud o dará lugar a ayudas económicas, en los casos y de acuerdo con las normas que reglamentariamente se establezcan por parte de las administraciones sanitarias competentes. (Art. 17 LCC.)

6. Prestación de productos dietéticos

La prestación de productos dietéticos comprende la dispensación de los tratamientos dietoterápicos a las personas que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos, la nutrición enteral domiciliaria para pacientes a los que no es posible cubrir sus necesidades nutricionales, a causa de su situación clínica, con alimentos de uso ordinario.

Esta prestación se facilitará por los servicios de salud o dará lugar a ayudas económicas, en los casos y de acuerdo con las normas que reglamentariamente se establezcan por parte de las administraciones sanitarias competentes. (Art. 18 LCC.)

7. Prestación de transporte sanitario

El transporte sanitario, que necesariamente deberá ser accesible a las personas con discapacidad, consiste en el desplazamiento de enfermos por causas ex-

clusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte. Esta prestación se facilitará de acuerdo con las normas que reglamentariamente se establezcan por las administraciones sanitarias competentes. (Art. 19 LCC.)

LA GESTIÓN DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS

Pocas cosas tan difíciles de gestionar como la asistencia sanitaria pública con una vocación simultánea de universalidad, gratuidad y calidad. La existencia de una demanda siempre creciente, la complejidad de la prestación a lo largo de todo el territorio nacional, la necesidad de contar con los recursos humanos necesarios y con el grado de cualificación requerido, la permanente necesidad de adaptarse a las innovaciones tecnológicas realizando las inversiones en infraestructuras y renovación de equipos, la exigencia de asegurarse el flujo permanente de los bienes fungibles y no fungibles imprescindibles para materializar las prestaciones sanitarias exige una organización muy perfeccionada que aúne la imprescindible agilidad en la gestión con unos mecanismos de control que impidan, o al menos dificulten, el despilfarro y la malversación de recursos.

Tradicionalmente, salvo en Cataluña donde existía una red de servicios privados concertados muy implantada, la asistencia sanitaria se había venido prestando por medios propios por vía del INP primero y del Insalud después. Sin embargo, la inadecuación de estos instrumentos a las necesidades crecientes provocó que a principios de los años 90 se constituyera una comisión parlamentaria para realizar un informe sobre la forma de mejorar la gestión del modelo sanitario español.⁴ Esta comisión emitió un informe, popularmente conocido como “Informe Abril”, donde se aconsejaba, entre otras cuestiones la conveniencia de separar entre las competencias de financiación y la “compra” de servicios sanitarios y la gestión y provisión de estos servicios.

Así, mientras que la competencia de financiación debía siempre quedar en el ámbito de lo público, la gestión y provisión cabe ser gestionada con arreglo a criterios que, escapando de la rigidez del derecho público, puedan adaptarse a las exigencias del mercado, dando también cabida a la iniciativa privada en este punto.

Esta opción ha venido permitiendo que la gestión de la asistencia sanitaria se realice en la actualidad, principalmente a través de organismos autónomos, de na-

⁴ “Comisión de expertos para el estudio del Sistema Nacional de Salud y tendencias de su entorno en el momento actual y de cara al futuro”, creada por acuerdo del Pleno del Congreso de los Diputados en su sesión de 13 de febrero de 1990.

turaleza administrativa creados por las CCAA, los denominados Servicios de Salud y por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en las competencias que aún conserva el Estado. Sin embargo, cada vez en mayor medida, se han ido utilizando diversas figuras de derecho público (Entidades gestoras, Consorcios, fundaciones públicas), semipúblicas (empresas públicas) y de derecho privado (fundaciones, sociedades anónimas con mayoría de capital público); así como aceptando la colaboración de agentes privados por medio de conciertos, concesiones administrativas, etcétera.⁵

Recientemente, la nueva Ley de Contratos del Sector Público, al prever la existencia de los contratos de colaboración público-privados, permite la posibilidad de que empresas privadas entren a gestionar total o parcialmente los hospitales públicos. Cuestión ésta no exenta de polémica. Sin embargo, es importante recordar que lo único que se llega a privatizar es la propia gestión del servicio, pero nunca la financiación del mismo que, en todo caso es de naturaleza pública.

ELEMENTOS QUE AMENAZAN EL MODELO ACTUAL

Algo tan complejo como el SNS no puede estar ajeno a numerosas tensiones y conflictos que pueden amenazar su viabilidad futura. Además de las inevitables consecuencias de la cada vez mayor exigencia de financiación pública, con crecimientos siempre superiores a los derivados del incremento del IPC y a los efectos previsibles de la actual crisis económica en las arcas públicas que sostienen el sistema, existen una serie de problemas de naturaleza organizativa que debemos tener en cuenta a fin de posibilitar que un sistema tan beneficioso para la colectividad pueda subsistir largo tiempo con los actuales niveles de calidad e implantación.

El desgajamiento del SNS respecto del SSS que, si bien aparece iniciado en la Constitución al regularse en preceptos constitucionales distintos (art. 41 para el SSS y 43 para el SNS) y desarrollado por la Ley General de Sanidad, no es sino mediante los Pactos de Toledo donde se pacta la separación definitiva de las fuentes de financiación entre un sistema y otro, pasando el SNS a financiarse casi en su integridad con cargo a impuestos. Así, desde los Pactos de Toledo, la financia-

⁵ Sobre esta cuestión véase J. Sánchez Caro, "Las nuevas formas de gestión sanitaria", en *Jornadas de estudio de la asesoría jurídica del Insalud*, Madrid, Instituto Nacional de la Salud, 1999; I. Borrero Iniesta, "La huida hacia fórmulas de gestión de derecho privado en la prestación de servicio sanitario: la supuesta crisis del derecho administrativo", en *La gestión de los servicios sanitarios: Modelos alternativos*, Pamplona, Asociación de Juristas de la Salud, 1994.

ción del SNS se verifica con dotación presupuestaria derivada de impuestos, salvo la asistencia sanitaria derivada de los accidentes de trabajo (que mantiene su carácter de seguro obligatorio), la asistencia sanitaria prestada en el extranjero a españoles y la derivada de algunos regímenes especiales como el de funcionarios públicos (MUFACE), jueces, fiscales y personal de la Administración de Justicia (MUGEJU) o militar (ISFAS). Asimismo, se atienden al criterio de caja única gestionada a través de la Tesorería General de la Seguridad Social, la asistencia en alta mar y en el extranjero prestada a los trabajadores del Régimen Especial de Trabajadores del Mar, que gestiona el Instituto Social de la Marina y la asistencia sanitaria en Ceuta y Melilla, sin perjuicio de su financiación pública.

a) El traspaso de funciones y servicios en materia de asistencia sanitaria a las CCAA, proceso que ha culminado el 1 de enero de 2002, cuando las últimas CCAA que restaban por asumir esta competencia recibieron el correspondiente traspaso, procediendo al desarrollo de su propia legislación interna. Así, a día de hoy el Ingsa (actual denominación del Insalud) tan solo conserva competencias de gestión respecto a la asistencia sanitaria en las CCAA de Ceuta y Melilla y las funciones del Centro Nacional de Dosimetría.

La confluencia de ambas situaciones ha generado una serie de consecuencias y dinámicas, en unos casos beneficiosas para el sistema, en otros, perniciosas.

Entre las ventajas podemos destacar como la principal, que la separación de las fuentes de financiación entre los sistemas tiende a confirmar su carácter como derecho nato de los ciudadanos por el simple hecho de serlo, frente al carácter contributivo heredero del modelo de Seguridad Social vinculado al trabajo que aún define una parte muy importante de este modelo.

Se trata de una evolución natural desde los primitivos modelos de Seguridad Social al más amplio de Previsión Social característico de las sociedades avanzadas del Estado de bienestar.

Por otra parte, la distribución de la competencia en materia de prestación de asistencia sanitaria ha tenido como efecto beneficioso el acercamiento de los centros de decisión a las especiales circunstancias de cada territorio. Este hecho es importante en un Estado tan grande y diverso como España con grandes diferencias demográficas, sociales y económicas entre las distintas CCAA que lo integran. Asimismo, el nuevo impulso que ha supuesto en cada administración autonómica, la asunción de esta competencia ha dado lugar a una renovación de las infraestructuras existentes, procedentes en gran parte de los años 60 y 70 que ya se encontraban superadas por diversas circunstancias y a un nuevo estímulo en la función directiva.

Sin embargo, también son muy importantes los *efectos adversos* que, si se agudizan y no se remedian, pueden repercutir de manera muy negativa en la propia viabilidad del SNS. Los podemos resumir en las siguientes:

– Pervivencia de *situaciones anacrónicas* en las que ciertas funciones en materia de asistencia sanitaria (algunas tan importantes como el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria) son ejercidas aún por el Instituto Nacional de Seguridad Social, el ISM o las mutuas de funcionarios como si fueran prestaciones de Seguridad Social.

– Cómo consecuencia de lo anterior, y a pesar de lo señalado en el art. 3.1. de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, *exclusión de un sector muy pequeño de población del ámbito de cobertura del SNS* (v.gr. personas que nunca han trabajado y con un nivel de renta por encima de los mínimos para percibir prestaciones no contributivas o profesionales liberales con sistemas de aseguramiento propios como arquitectos, abogados, etc.), con lo que la pretendida universalidad del sistema en realidad no es absoluta, provocando paradójicas situaciones de negación de asistencia sanitaria a nacionales españoles cuando la práctica totalidad de los inmigrantes se encuentran cubiertos por el mero empadronamiento en virtud de la legislación en materia de extranjería.

– La consideración del INGESA aun como Entidad gestora de la Seguridad Social a pesar de su vinculación orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo, lo que comporta una doble dependencia de dicho Ministerio y, asimismo de la Tesorería General de la Seguridad Social, con los problemas de coordinación que ello comporta. Por otra parte, este organismo ha quedado prácticamente sin competencias tras la transferencia de la asistencia sanitaria a las CCAA:

– La *falta coordinación de las distintas Comunidades Autónomas entre sí y entre éstas y el Estado* a la hora de desarrollar aspectos fundamentales de la ordenación de las prestaciones en materia de asistencia sanitaria que supone que los catálogos de prestaciones no sean idénticos en todo el territorio nacional, la diversa gestión de las listas de espera que, en algunos casos, tiende a provocar preclusiones respecto a los ciudadanos de una Comunidad respecto de otra, lo que se hace más patente si se trata de centros de referencia y, en definitiva, introduce palpables diferencias en la calidad de la asistencia prestada en unas comunidades respecto de otras.

– Esta falta de coordinación también se traduce en una *competencia* entre ellas *para captar más recursos y profesionales*, introduciendo un factor de desequilibrio en el mercado laboral sanitario.

– La existencia de 18 centros de decisión de carácter político en esta materia ha provocado que *los criterios políticos* (electoralismo, clientelismo, etc) *tiendan a prevalecer sobre los técnicos*. Se construyen hospitales sin evaluar suficientemente su impacto en los costes estructurales del sistema a medio y largo plazo, sin prever adecuadamente las necesidades futuras de RRHH necesarios para dotarlos, se crean centros de referencia sin prever que exista una masa crítica de enfermos en la respectiva Comunidad Autónoma que garantice que el gasto es eficaz, etcétera.

– En este sentido el *Consejo Interterritorial* se ha manifestado como un órgano muy *poco operativo*, donde el proceso de toma de decisiones está viciado por la contienda política y las necesidades puntuales de cada uno de sus integrantes. Los acuerdos suelen ser solo parciales y de muy difícil consecución, lo que dificulta la operatividad del sistema que exige un sistema ágil de toma de decisiones.

BREVE REFERENCIA A CONFIGURACIÓN EN EUROPA DE LAS PRESTACIONES EN MATERIA DE ASISTENCIA SANITARIA

La prestación de la asistencia sanitaria se encontraba inicialmente garantizada en Europa configurada aún como una prestación de Seguridad Social incluida en el Código Europeo de Seguridad Social, nacido en el seno del Consejo de Europa y ratificado, al menos, por los 15 miembros que hasta el año pasado formaban la Unión Europea, además de Chipre y Turquía. En su parte II, dedicada a la Asistencia Médica se establece de manera genérica un mínimo de prestaciones incluidas en el artículo 10 que son las siguientes:

- a) en caso de estado mórbido:
 - i) la asistencia médica general, comprendidas las visitas a domicilio;
 - ii) 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;
 - iii) el suministro de productos farmacéuticos esenciales recetados por un médico u otro profesional calificado, y
 - iv) la hospitalización cuando fuere necesaria, y
- b) en caso de embarazo, parto y sus consecuencias:
 - i) la asistencia prenatal, la asistencia durante el parto y la asistencia puerperal, prestadas por un médico o por una comadrona diplomada, y
 - ii) la hospitalización cuando sea necesaria.

2. El beneficiario o su sostén familiar, podrá ser obligado a participar en los gastos de la asistencia médica recibida por el mismo en caso de estado mórbido; las normas relativas a dicha participación se establecerán de forma que no supongan una carga excesiva.

3. Las prestaciones proporcionadas de conformidad con este artículo tendrán por objeto conservar, restablecer o mejorar la salud de la persona protegida, así como su aptitud para el trabajo y para hacer frente a sus necesidades personales.

4. Los departamentos gubernamentales o instituciones que concedan las prestaciones estimularán a las personas protegidas, por cuantos medios se consideren apropiados, a que utilicen los servicios generales de salud puestos a disposición por las autoridades públicas o por otros organismos reconocidos por las autoridades públicas.

Posteriormente, el derecho a la protección de la salud fue incluido de manera autónoma en la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea aprobada el 7 de diciembre de 2000, y si bien la misma no fue inmediatamente incorporada al Tratado de la Unión sí se reconoció su valor a la hora de interpretar por el Tribunal de Justicia de la Unión Europea el acervo comunitario.

Como un desarrollo del principio a la libre circulación de trabajadores por el territorio de la Unión Europea fue aprobado el Reglamento CEE nº 1408/71, donde se trata la asistencia sanitaria también como una prestación de Seguridad Social.⁶

Así, el artículo 22.1 c) de este Reglamento, referido a la prestación de asistencia sanitaria por estancia fuera del Estado competente o por necesidad de desplazarse a otro Estado miembro para recibir la asistencia sanitaria apropiada, establece:

El trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia que satisfaga las condiciones exigidas por la legislación del Estado competente para tener derecho a las prestaciones teniendo en cuenta, en su caso, las disposiciones del art. 18 y c) que sea autorizado por la institución competente a desplazarse al territorio de otro Estado miembro para recibir en el mismo la asistencia apropiada a su Estado; tendrá derecho:

[...]

i) A las prestaciones en especie servidas, por cuenta de la institución competente, por la institución del lugar de estancia o de residencia, según las disposiciones de la legislación que se aplique, como si estuviera afiliada a la misma, regulándose

⁶ Una recopilación de todas las Decisiones que desarrollan este Reglamento hasta 1992 se puede encontrar en Guadalupe Muñoz Álvarez, *La seguridad social de las comunidades europeas*, Pamplona, Aranzadi, 1992.

la duración del servicio de las prestaciones por las legislaciones del Estado competente.

De otro lado, el párrafo 2º de dicho artículo establece que la autorización requerida en virtud de la letra b) del apartado 1 solamente podrá ser denegada cuando haya constancia de que el desplazamiento del interesado puede comprometer su estado de salud o la aplicación del tratamiento médico. La autorización requerida en virtud de la letra c) del apartado 1 no podrá ser denegada cuando la asistencia de que se trate figura entre las prestaciones previstas por la legislación del Estado miembro en cuyo territorio reside el interesado y cuando, habida cuenta de su estado de salud actual y la evolución probable de la enfermedad, esta asistencia no pueda serle dispensada en el plazo normalmente necesario para obtener el tratamiento de que se trata en el Estado miembro en que reside.

ÍNDICE

Prólogo	7
<i>Alfredo Sánchez Castañeda</i>	

Introducción.....	11
-------------------	----

PARTE I SALUD Y DERECHO

La atención a la salud en México	19
<i>Gabriela Mendizábal Bermúdez</i>	
Introducción.....	19
Problemática de la atención a la salud.....	20
1. El derecho fundamental a la salud y su exigibilidad jurídica.....	21
El sistema de salud	26
1. Cobertura poblacional.....	29
2. Prestaciones	31
3. Financiación	33
Principales enfermedades en México, su evolución y costos de atención.....	38
1. Obesidad.....	38
2. Diabetes Mellitus.....	39
Salud y medio ambiente	41
Atención a la salud y globalización.....	42
Conclusiones	43

Garantía constitucional a la protección de la salud: Revisión de su defensa jurisdiccional.....	45
<i>Gonzalo Moctezuma Barragán</i>	
Tutela del derecho a la protección de la salud.....	45
Defensa jurisdiccional del derecho a la protección de la salud.....	47
Demandas en materia del derecho fundamental a la protección de la salud	55
Medios procesales.....	56
 Naturaleza jurídica de las aportaciones privadas para la protección de la salud en México.....	 59
<i>Juan Manuel Ortega Maldonado</i>	
Planteamiento.....	59
Transformación de la naturaleza jurídica de las aportaciones de seguridad social ¿Hacia el impuesto de seguridad social?.....	59
La evolución del financiamiento privado de la seguridad social en México	67
La naturaleza jurídica de las nuevas formas jurídicas privadas de financiamiento de la seguridad social.....	69
 Certeza jurídica en el procedimiento de conciliación ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.....	 77
<i>Felipe Miguel Carrasco Fernández</i>	
Introducción.....	77
Métodos alternativos de solución de conflictos en la globalización.....	77
Reseña histórica de la conciliación	80
1. Grecia.....	80
2. Roma.....	80
3. España	81
4. México.....	85
Conciliación y amigable composición.....	88
1. Amigable composición	90
2. Objetivos de la conciliación.....	91
3. Premisas que sustentan la conciliación	91
4. Principios de la conciliación	93
5. Ventajas y desventajas de la conciliación.....	93
6. Características de la conciliación.....	93
7. Diferencias entre la lógica del proceso judicial y la conciliación	94

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)	94
Certeza jurídica. Conciliación en la CONAMED	96
Estadísticas	104
Conclusiones	107
La Comisión Nacional de Arbitraje Médico.....	109
<i>Óscar Javier Ápaez Pineda</i>	
Introducción	109
Antecedentes.....	111
La instauración de la CONAMED.....	112
Atribuciones.....	114
Organización	115
Naturaleza jurídica.....	115
El ejercicio de sus funciones	116
La solución de conflictos	117
Proceso arbitral	119
A. Requisitos	119
B. Procedimiento	120
Principios del arbitraje	122
Conclusión.....	123

PARTE II

PROBLEMÁTICA DE LAS PRESTACIONES DE SALUD OTORGADAS POR LOS SEGUROS SOCIALES MEXICANOS

Problemática de la atención a la salud de los derechohabientes del IMSS, derivada de los cambios demográficos y del desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas	127
<i>María del Carmen García Peña</i>	
Adecuación de la atención médica a las necesidades demográficas y epidemiológicas de los adultos mayores del ISSSTE en México.....	135
<i>Marco Antonio García Mora</i>	
Contexto demográfico	135
Perfil epidemiológico	140
Situación de la atención al grupo de adultos mayores en el ISSSTE	141
Justificación del proceso de adecuación de los servicios de salud al grupo de adultos mayores	142

Propuesta de adecuación.....	143
La orientación sanitaria de los programas preventivos	146
Las necesidades de módulos gerontológicos y centros de atención geriátrica.....	150
Las estrategias para la adecuación.....	154
Bibliografía sugerida.....	155
La nueva Ley del ISSSTE. Un nuevo sistema pensionario sin opciones para una nueva protección pública para los derechos sociales	157
<i>Julio Ismael Camacho Solís</i>	
La protección social.....	157
Estado de bienestar y seguridad	159
La Ley del ISSSTE, sus componentes financieros y limitantes para otorgar servicios de protección social en salud	162
Los derechos sociales latentes y adquiridos.....	171
Problemática de la salud de los trabajadores, amenazas y realidades...	187
Conclusiones	189

PARTE III PROTECCIÓN SOCIAL Y SALUD

Reflexiones en torno a las bases sociopolíticas del modelo fragmentado de seguridad social.....	193
<i>Raquel Abrantes Pêgo</i>	
Construcción del problema.....	195
Los retos.....	198
A manera de discusión	201
Las iniciativas ciudadanas en el ámbito de la prestación de servicios sociales	203
<i>Gloria Moreno Álvarez</i>	
Introducción.....	203
El acceso al bienestar: trabajo y seguridad social.....	206
Las características del desempleo y del mercado de trabajo.....	208

Las iniciativas ciudadanas en la búsqueda del bienestar social	210
La prestación de servicios en el ámbito de la sanidad	213
Conclusiones	215
Gasto público en salud en México.....	217
<i>Joaquín Mercado Yebrá</i>	
Introducción	217
Salud y ciencia económica	218
Salud y políticas públicas	222
Gasto público en salud en México.....	224
Conclusiones y consideraciones adicionales	233
Utilización, provisión y calidad percibida de los servicios de salud como indicador del desempeño: El caso Morelos en 2006.....	235
<i>Irene M. Parada Toro</i>	
Resumen	235
Abstract	235
Introducción.....	236
Material y métodos	239
Resultados.....	242
Discusión.....	244
El suicidio en la pubertad y la adolescencia: un grave e ignorado problema de salud pública y de seguridad social en México	249
<i>María del Rosario Ruiz Moreno</i>	
<i>Ángel Guillermo Ruiz Moreno</i>	
La importancia de la salud en la seguridad social.....	249
Contexto general del problema del suicidio.....	251
Definición del concepto “salud mental”.....	253
La influencia del contexto familiar en este tema abordado	255
La influencia del entorno social en los probables casos de suicidio	259
La salud mental en niños y adolescentes.....	261
El suicidio. Un grave problema de salud pública.....	264
Conclusiones y propuestas	272
Medicina y enfermedades de los grupos indígenas de México.....	275
<i>Álvaro Guadarrama González</i>	
Introducción.....	275

Etapa prehispánica.....	276
Etapa de la Colonia	281
Etapa contemporánea	288
1. La medicina en el siglo XIX.....	288
2. La medicina en el siglo XX	289
Experiencia personal.....	295

PARTE IV
DERECHO INTERNACIONAL Y COMPARADO DE LAS PRESTACIONES
SANITARIAS

La atención a la salud en Brasil.....	301
<i>Zeno Simm</i>	
Breve comparación de la seguridad social mexicana y brasileña	317
<i>Jacinto García Flores</i>	
<i>Ana Lilia Silva Ambriz</i>	
<i>María de las Nieves Vélez Olivarez</i>	
Breve legislación comparada de la seguridad social mexicana y brasileña	318
1. Antecedentes y aspectos internacionales.....	318
2. La seguridad social mexicana.....	323
3. La seguridad social brasileña.....	329
Conclusión.....	334
El Sistema Nacional de Salud en España: Situación actual y perspectivas de futuro	335
<i>José María Pérez Gómez</i>	
Planteamiento.....	335
Ámbito subjetivo del Sistema Nacional de Salud	338
Ámbito material del Sistema Nacional de Salud.....	340
Modelo de financiación del Sistema Nacional de Salud.....	341
Contenido de las prestaciones sanitarias.....	342
1. Atención primaria y atención especializada	342
2. Prestación de atención sociosanitaria (art. 14 LCC)	344
3. Prestación de atención de urgencia.....	344
4. Prestación farmacéutica.....	344
5. Prestación ortoprotésica	345
6. Prestación de productos dietéticos	345

7. Prestación de transporte sanitario	345
La gestión de las prestaciones sanitarias.....	346
Elementos que amenazan el modelo actual.....	347
Breve referencia a configuración en Europa de las prestaciones en materia de asistencia sanitaria.....	350