

Que reforma el artículo 36 de la Ley General de Salud, a cargo de la diputada Rosa Alba Ramírez Nachis, del Grupo Parlamentario de Movimiento Ciudadano

La suscrita, Rosa Alba Ramírez Nachis, diputada federal a la LXIII Legislatura del honorable Congreso de la Unión, con fundamento en los artículos 71, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en relación con los artículos 6, numeral 1, fracción I, y 77, del Reglamento de la Cámara de Diputados, somete a la consideración de esta honorable asamblea la presente iniciativa que reforma el segundo párrafo del artículo 36 de la Ley General de Salud, al tenor de la siguiente

Exposición de Motivos

La profesión de trabajo social promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación del pueblo para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan, como es el caso de la disciplinas de la salud.¹

El derecho humano a la protección de la salud que consagra la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4o., párrafo cuarto, dispone que toda persona tiene derecho a la protección a la salud, para lo cual 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;

De conformidad a lo establecido en el artículo 35, de la Ley General de Salud, son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios;²

De conformidad al párrafo segundo del artículo 36, de la Ley General de Salud, para la determinación de las cuotas de recuperación por la prestación de servicios de salud, se tomará en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario;

De conformidad al párrafo tercero del artículo 36, de la Ley General de Salud, las referidas cuotas de recuperación se fundarán en principios de solidaridad social y guardarán relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando carezca de recursos para cubrirlas, o en las zonas de menor desarrollo económico y social conforme a las

disposiciones de esta Secretaría;

Que conforme a lo dispuesto por el artículo 54, fracción III, de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, los Institutos Nacionales de Salud proporcionarán servicios de atención médica bajo criterios de gratuidad, para lo cual las cuotas de recuperación que al efecto se cobren se fundarán en principios de solidaridad social y guardarán relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlas, o en las zonas de menor desarrollo económico y social conforme a las disposiciones de esta Secretaría, y

Que resulta necesario establecer los criterios generales y la metodología a la que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de esta Secretaría y de las entidades coordinadas por la misma, a efecto de dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 36, párrafo tercero, de la Ley General de Salud y 54, fracción III, de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

Con base a estos lineamientos y con el resolutivo que se presentó el pasado 27 de Mayo del 2013, donde se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría y que con base al presente anexo, se estará sujeto a las definiciones previstas en la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y demás ordenamientos aplicables.

Considero pertinente que la función del trabajador social, sea con base a los criterios de honestidad, integridad y del conocimiento adquirido en su experiencia y estudio, para estar en posibilidades de realizar los estudios socioeconómicos que ayuden a dar un veredicto sin sesgo alguno, dictaminar las cuotas que se establecen en la propia Ley de Ingresos, y de conformidad con las marcadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, comandadas con los propios lineamientos de los regímenes de las instituciones públicas.

Es necesario que los estudios socioeconómicos o batería institucional, sea evaluada con base a los criterios establecidos en los lineamientos que se presentaron el pasado 27 de mayo del 2013 y mismos que fueron publicados en el Diario Oficial de la Federación.

Que las cuotas de recuperación sean las que contribuyan al subsidio y al

dictamen socioeconómico, que cubre el usuario de servicios hospitalarios por concepto de consulta, procedimientos médicos o estudios auxiliares de diagnóstico, cuyo costo no es cubierto en su totalidad pues se relaciona con un porcentaje de obligación, diferenciado para cada Nivel Socioeconómico y reflejado en el tabulador de costos autorizado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público;

El profesional social e integrante del equipo de salud, cuya tarea es identificar los problemas y necesidades del paciente, para estar en la postura de dictaminar el subsidio que tendrá el paciente es de suma importancia que estos datos sean corroborados y que se haga una investigación minuciosa para que no haya quebranto en las arcas institucionales de la salud.

También es necesario que si estos son de escasos recursos y que en el dictamen por causas de fuerza mayor y/ o en caso de fallecimiento, los familiares sean exonerados de cualquier cuota o pago, ya que con la pérdida del ser humano y con los otros gastos que se incurran por dar eterna sepultura incurrirán en más deuda por parte de los familiares.

El trabajador social será encargado de identificar los problemas y necesidades sociales del paciente y también podrá ofrecer y promover alternativas que beneficien el bienestar de los familiares y que estos no incurran en costos innecesarios, al contrario la función del mismo será brincar atención médica oportuna, de calidad y con el menos costo posible. Por lo que es necesario que al reformar el primer párrafo del Artículo 36, de la Ley General de Salud, se contemple que para la determinación de las cuotas de recuperación se tomará en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario, **previo estudio por parte de las áreas de trabajo social.**

El personal del área de trabajo social deberá identificar si el paciente o el familiar tienen alguna discapacidad física o mental, son adultos mayores o pertenecientes a una comunidad indígena, a efecto de que, en coordinación con el personal de salud, se dé prioridad a las acciones que favorezcan su atención.

En todo momento el personal del área social, deberá proporcionar al paciente, familiar, tutor o representante legal, un trato cordial, amable y empático, basado en el Código de Ética Institucional, evitando toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias

sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas, a efecto de garantizar el respeto a los derechos humanos de las personas, así como a los preceptos señalados en la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes;

Para la integración del estudio socioeconómico, el área de trabajo social solicitará al paciente, familiar, tutor o representante legal, la información, o en su caso, la documentación necesaria para la determinación de su Nivel Socioeconómico.

Una vez realizado el estudio socioeconómico y asignado el nivel correspondiente al Paciente, el área de trabajo social, lo informará al Paciente, sus familiares, tutor o representante legal. Asimismo les hará saber la forma en que se mantendrá la confidencialidad de la información vertida durante la entrevista y los sensibilizará respecto de su obligación de cubrir las Cuotas de Recuperación del Nivel Socioeconómico asignado.

Tratándose de pacientes beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, para su Clasificación Socioeconómica, se estará a lo dispuesto por la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud y demás disposiciones aplicables. Todo paciente atendido en cualquier servicio de hospital de carácter público o del Sistema Nacional de Salud Pública y al no contar con los medios económicos para adquirir medicina que no existan en stock de la Farmacia Institucional deberá por intermedio del Médico o la Enfermera de servicio remitir a Trabajo Social.³

En virtud de que el trabajo social está inmerso en las políticas públicas y programas sociales que van dirigidos a grupos vulnerables, marginados o excluidos, es menester analizar su compromiso considerando su relación con la gestión para el tratamiento de enfermedades y la rehabilitación en instituciones del sector salud.

En México, las políticas y programas sociales suponen la asistencia a grupos vulnerables, marginados o excluidos a través de la práctica profesional del trabajo social. En el área de la salud, la gestión y promoción son ámbitos de intervención del trabajo social; es decir, a medida que el Estado incentiva el desarrollo humano en sus esferas de salud, educación y empleo incide en las estrategias institucionales de prevención y tratamiento de enfermedades. Sin embargo, la maquinaria político-institucional del sector salud requiere de talentos comprometidos con grupos sociales de escasos recursos, ya que entre éstos se formarán las redes para el desarrollo

local (Barranco, Delgado, Melin y Quintana, 2010). Por ello, resulta relevante estudiar los indicadores de compromiso laboral en profesionistas vinculados con los programas de asistencia social. Un diagnóstico de las áreas de oportunidad y las virtudes del sistema de gestión y promoción de la salud permitirá discutir la emergencia de nuevos paradigmas de asistencia social centrados en los promotores de desarrollo humano (Melano, 2007). No obstante que las instituciones públicas están circunscritas a un Plan de Desarrollo Nacional, el ejercicio profesional del trabajo social a menudo está condicionado por situaciones locales, institucionales, o bien por el clima laboral, el salario o el estrés que implica la atención personalizada (Ocampo, 2008). En este sentido, es menester establecer las dimensiones del compromiso organizacional de los profesionales del trabajo social, ya que un alto grado de compromiso sugiere un nivel de atención eficiente que podría traducirse en una evaluación favorable de las políticas sociales y los programas institucionales.

En ese sentido, este trabajo busca establecer las dimensiones del compromiso laboral considerando niveles de complejidad institucional que enmarcarían el desencuentro con indicadores de un compromiso derivado de la socialización primaria.

No existe en México información sobre el número de egresados de Trabajo Social que estén actualmente empleados. Esto se debe en parte al hecho de que no existe una organización profesional sólida que agrupe a todos los trabajadores sociales y que produzca estadísticas globales. A pesar de las iniciativas para constituir un orden profesional

Como antecedentes, en el contexto de las políticas sociales para comprender la evolución del Trabajo Social en México es necesario hacer una breve contextualización de la evolución de las políticas sociales. A diferencia de lo ocurrido en los Estados Unidos, Canadá y diversos países europeos, en México nunca se instauró un verdadero Estado benefactor. En la primera mitad del s. xx se creó la primera escuela del Trabajo Social en Latinoamérica en Santiago de Chile, por el Doctor Alejandro del Río, de formación profesional en medicina en el año de 1925; en Puerto Rico se creó en el año de 1934; continuando por la misma línea, la primera escuela de Servicio Social en Colombia, fue fundada por María Carulla de Vergara en la ciudad de Bogotá, D.C., el 22 de octubre de 1936, sin embargo inició su funcionamiento el 3 de abril de 1937, el grupo lo integraban 20 estudiantes y se llamaba “Escuela de Servicio Social del Colegio Mayor”; en Argentina, se fundó la primera escuela en 1940, en Ecuador en 1945, en

Venezuela en 1956; en 1966 se crea la primera escuela de Servicio Social en República Dominicana.⁴

El Trabajo Social en América Latina ha estado influenciado directamente por el de Estados Unidos y el de Europa, lo que llevó entre muchas otras cosas del contexto a que en 1965 se conformara el Movimiento de la Reconceptualización, impulsado por la inconformidad con el modelo imperante de Estados Unidos, del cual hacía parte el Servicio Social; en este movimiento de la re conceptualización se cuestionó, se revisó y se buscaron alternativas de transformación de la realidad del contexto Latinoamericano.⁵

En virtud de lo anterior, propongo se reforme el segundo párrafo del Artículo 36 de la Ley General de Salud, en el cual se incluya al final del mismo **previo estudio por parte de las áreas de trabajo social.**

Someto a la consideración de esta honorable Cámara de Diputados la siguiente iniciativa con proyecto de

Decreto por el que se reforma el segundo párrafo del artículo 36 de la Ley General de Salud

Artículo Único: Se reforma el segundo párrafo del artículo 36 de la Ley General de Salud en los términos siguientes:

Artículo 36. Las cuotas de recuperación que en su caso se recauden por la prestación de servicios de salud, se ajustarán a lo que disponga la legislación fiscal y a los convenios de coordinación que celebren en la materia el Ejecutivo Federal y los gobiernos de las entidades federativas.

Para la determinación de las cuotas de recuperación se tomará en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario, **previo estudio por parte de las áreas de trabajo social.**

Transitorio

Primero. El presente decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Notas

1 <https://trabajosocialmexico.wordpress.com/category/trabajo-social-mexic/>

2 http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5300256&fecha=27/05/2013

3 <http://es.slideshare.net/cristinavlzr/trabajo-social-en-el-rea-de-la-salud>

4 <http://hablandodetrabajosocial.blogspot.mx/2009/11/trabajo-social-en-la>

tinoamerica.html

5 <https://cetsocial.files.wordpress.com/2012/04/e4.pdf>

Diputados: Rosa Alba Ramírez Nachis (rúbrica), Carlos Lomelí Bolaños.