



301809
62a
2a

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

ESCUELA DE DERECHO
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

"LA RECUPERACION DE IMPORTES POR ATENCION MEDICO-HOSPITALARIA
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL A PERSONAS NO
DERECHOHABIENTES Y EXTRANJEROS"

T E S I S
QUE PARA OBTENER
EL TITULO EN:
LICENCIADO EN DERECHO

PRESENTA:

ADRIANA TERESA HERNANDEZ FLORES

PRIMERA REVISION
LIC. SILVIA LLITERAS ALANIS

SEGUNDA REVISION
LIC. ALICIA ROJAS RAMOS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D.F.

1994



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A DIOS :

**Por permitirme compartir este momento
con todos mis seres queridos.**

A MIS PADRES :

Humberto Y M^a Teresa :

**Las personas más importantes de mi vida,
a quienes les agradezco todo el apoyo tanto
moral como económico ; así como el cariño y
la comprensión que siempre me brindaron.**

**Recordándoles que gracias a todo eso
cuíminé un anhelo, y así una etapa más de mi
vida.**

A MIS HERMANOS :

Méilda y Humberto :

**Por enseñarme el camino a seguir para la
superación y por compartir conmigo todos
los momentos agradables de mi vida.**

**Y en especial a Beto por su colaboración
para la realización de este trabajo.**

A MIS ABUELITAS :

Mélida, Alicia y Chelo :

Con todo mi cariño.

A Elizabeth :

**Por ser el motivo más importante para
superarme y gracias por alentarme cada día
con tu sonrisa.**

TE QUIERO.

A Rubén :

**Gracias por estar conmigo y así poder compartir
los primeros frutos de nuestras ilusiones y metas
además gracias por el apoyo y cariño que me haz
dado.**

A mis cuñados :

**Fernando y Magos por el apoyo incondicional
que siempre me han brindado.**

A mis sobrinos :

Edgar, Ximena, Mélida, Beto y Jorgito

Deseando que triunfen siempre en la vida.

A mis amigos :

Norma Medina, Verónica Taple y Jorge

Dosamantes :

**Como muestra de la amistad que existe
entre nosotros y deseando que cada día
se fortalezca.**

A la Familia Taple Ledezma :

Por su amistad y apoyo incondicional.

A mis Tíos y Primos :

**Recordandoles que la superación es la base
de la felicidad completa.**

**Y esperando que siempre estemos formando
parte de una gran familia.**

A la Lic. Alicia Rojas Ramos :

**Por su amistad y por su valioso apoyo para la
realización de este trabajo.**

A Todos mis maestros:

**Por compartir conmigo sus conocimientos,
mismos que dieron lugar a mi formación
profesional.**

AL INSTITUTO MARIA ISABEL

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

APRECIADOS MAESTROS:

Esta es mi tesis, mi esfuerzo y mi trabajo; la presento a ustedes no sólo con la obligación de hacerlo sino porque así también es mi deseo.

Es por ello que quiero presentarla, no a la rigidez de sus conocimientos, sino a la elasticidad de su comprensión.

**LA RECUPERACION DE IMPORTES POR ATENCION MEDICO-HOSPITALARIA
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL A PERSONAS NO
DERECHOHABIENTES Y EXTRANJEROS.**

INDICE GENERAL

	PAG
INTRODUCCION	5
 CAPITULO I.- ANTECEDENTES GENERALES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.	
I.1. A TRAVES DE LA REVOLUCION MEXICANA Y EL ARTICULO 123° CONSTITUCIONAL	9
I.2. LA CREACION DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE 1921 A 1943	19
I.3. PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL	20
I.4. REFORMAS QUE HA SUFRIDO EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE 1943 A LA FECHA	29
I.5. PORQUE SE LE CONSIDERA UN ORGANISMO DESCENTRALIZADO	39

I.6. ESTRUCTURA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	41
A) DESCONCENTRACION ADMINISTRATIVA	46
CAPITULO II.- CLASIFICACION DE REGIMENES DEL SEGURO SOCIAL	52
II.1. COMPROBACION DE DERECHOS DEL PACIENTE	52
II.2. REGIMEN OBLIGATORIO DEL SEGURO SOCIAL	53
A) SUJETOS DE ASEGURAMIENTO	54
II.3. CLASIFICACION DEL REGIMEN VOLUNTARIO DEL SEGURO SOCIAL	56
A) SEGUROS FACULTATIVOS	57
B) SEGUROS ADICIONALES	60
CAPITULO III.- RECUPERACION DE IMPORTES POR ATENCION MEDICO-HOSPITALARIA PROPORCIONADAS A PERSONAS NO DERECHOHABIENTES	
III.1. PACIENTES NO DERECHOHABIENTES	63
A) CASOS ESPECIALES (EXTRANJEROS)	63
B) QUE HAN RECIBIDO ATENCION MEDICO-HOSPITALARIA, SERVICIO MEDICO DE URGENCIAS	65

C) ELABORACION Y TRAMITE DE LAS CARTAS DE OBLIGACION DE PAGO	67
---	-----------

III.2. FORMAS DE LIQUIDAR LAS CARTAS DE OBLIGACION DE PAGO.

A) FACULTADES DEL H. CONSEJO TECNICO	72
---	-----------

B) PAGO TOTAL DE LOS IMPORTES DE LAS CARTAS DE OBLIGACION DE PAGO	73
--	-----------

C) PAGO PARCIAL DE LOS IMPORTES DE LAS CARTAS DE OBLIGACION DE PAGO	75
--	-----------

D) CUANDO EXISTE NEGATIVA DE PAGO DEL IMPORTE TOTAL DE LAS CARTA DE OBLIGACION DE PAGO	76
---	-----------

E) CUANDO EL RESPONSABLE DE LA CARTA DE OBLIGACION DE PAGO SE DECLARA INSOLVENTE	80
---	-----------

F) CUANDO EL IMPORTE TOTAL DEL ADEUDO ES MAYOR A 50 VECES EL SALARIO MINIMO DIARIO DEL DISTRITO FEDERAL	81
--	-----------

CAPITULO IV.- MODIFICACIONES AL PROCEDIMIENTO DE LAS CARTAS DE OBLIGACION DE PAGO.

IV.1. ELABORACION Y TRAMITE DE LAS CARTAS DE OBLIGACION DE PAGO	85
--	-----------

IV.2. DEL COBRO DEL SERVICIO	89
---	-----------

IV.3. DEL PROCEDIMIENTO DE CANCELACION Y COBRO JUDICIAL	90
IV.4. LA COMISION NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS Y EL ARTICULO 4º CONSTITUCIONAL	92
CONCLUSIONES	108
BIBLIOGRAFIA	111

INTRODUCCION

Al encontramos con una Sociedad en constante evolución, considero que hablar a cerca de la Seguridad Social es de vital importancia, ya que tanto en México, como en otros países representa la base esencial de la Sociedad, así como para su pleno desarrollo, ya que involucra a todos y cada uno de los individuos que la integran.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), es una de las Instituciones de Seguridad Social con más relevancia e importancia, tanto a nivel Nacional, como Internacional.

Me interesó, el tema de la atención médica, porque considero que está es la base fundamental, no solo de dicho Instituto, sino de la Seguridad Social en sí, ya que el hombre al no encontrarse en buen estado de salud, no se puede desarrollar íntegramente en el medio en el que se desenvuelve.

Es por eso que considero que la atención médica es de vital importancia para el desarrollo y la evolución de toda sociedad y de toda Nación en un mundo cada vez más cambiante y exigente.

En particular la recuperación de importes por atención médico-hospitalaria tanto a personas no derechohabientes como a Extranjeros, es de suma importancia para el Instituto ya que este otorga, el servicio a trabajadores inscritos en él y a personas que pueden responder por el importe total del servicio otorgado.

Actualmente la situación económica que predomina en el país, afecta de manera directa a todos los sectores, así como a sus dependencias que lo integran, por lo tanto, el sector salud no es la excepción; por tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social, se ve en la necesidad de limitar su servicio, ya que es imposible que abarque a toda la población.

Una de las preocupaciones primordiales de nuestro país, ha sido siempre la Seguridad de sus pobladores.

A través de la historia podemos constatar esto, mediante las diferentes luchas, invasiones, revoluciones, etc., que se ocasionan a favor y por el pueblo en sí.

En el Capítulo I, nos remitimos a los antecedentes del Instituto Mexicano del Seguro Social dentro de la Revolución Mexicana, determinando que este movimiento se ocasionó con el fin de satisfacer las necesidades que el trabajador requería; como pensiones de retiro e indemnizaciones por accidentes de trabajo, y la expedición de una ley, tanto del trabajo, como una que regulara dichas situaciones.

Asimismo, observamos que la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social se lleva a cabo el 19 de Enero de 1943, con el Sr. Presidente Don Manuel Avila Camacho, y se crea como un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio.

En el Capítulo Segundo, estipulamos la clasificación de regímenes del Seguro Social, para determinar las personas derechohabientes y deducir las que no lo son.

Así como los tipos de seguros que existen dentro del régimen voluntario, como son los seguros facultativos que permiten a las personas incorporarse a su voluntad, pero así mismo les otorga el derecho a separarse cuando lo deseen sin perjuicio para ellos.

Los Seguros Adicionales, que se contratan para satisfacer las prestaciones económicas pactadas en los contratos-ley o en los contratos de trabajo.

En el Capítulo Tercero, hablamos sobre el procedimiento que se lleva a cabo para la recuperación de importes por atención médico-hospitalaria proporcionada a personas no derechohabientes y extranjeros, así como la elaboración y trámite de las Cartas de Obligación de Pago, y las diferentes formas de liquidarlas, dependiendo de las diversas situaciones que se presentan.

Y por último en el Cuarto Capítulo se establecen las modificaciones llevadas a cabo el 11 de marzo de 1993, al procedimiento de la recuperación de importes por atención médico-hospitalaria a personas no derechohabientes y extranjeros.

Resaltando el procedimiento de Cancelación que se lleva a cabo cuando las personas presentan algún caso previsto en el capítulo anterior, llevándolo a cabo ante el Departamento de Servicios Legales, a través de la Oficina de Cartas de Obligación de Pago.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos, ha establecido principios respecto de la atención médica que deben prestar las diversas instituciones dentro de esta rama, ya que el Instituto Mexicano del Seguro Social es incapaz, de abarcar con sus recursos la totalidad de los casos que se le presentan.

CAPITULO I

ANTECEDENTES GENERALES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

- I.1. A TRAVES DE LA REVOLUCION MEXICANA Y EL ARTICULO 123 CONSTITUCIONAL**
- I.2. LA CREACION DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE 1921 A 1943.**
- I.3. PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.**
- I.4. REFORMAS QUE HA SUFRIDO EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE 1943 A LA FECHA.**
- I.5. PORQUE SE LE CONSIDERA UN ORGANISMO DESCENTRALIZADO**
- I.6. ESTRUCTURA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**
 - I.6.1. DESCONCENTRACION ADMINISTRATIVA**

I.1.- A TRAVES DE LA REVOLUCION MEXICANA Y EL ARTICULO 123 CONSTITUCIONAL

La necesidad de la implantación de los Seguros Sociales en México se expresa en los programas libertarios y reformistas de los precursores de la Revolución.

El Partido Liberal Mexicano publicó el 1º de Julio de 1906, su programa de manifiesto político, pidiendo que se reformara la constitución estableciendo "La indemnización por accidente y la pensión a obreros que hayan agotado sus energías en el trabajo".

Este documento fue el que tuvo mayor influencia y trascendencia para elaborar la doctrina y la teoría política del movimiento revolucionario en base a la Justicia, la moral y la razón, con el fin de conseguir:

Una educación obligatoria, restitución de ejidos y distribución de tierras, créditos agrícolas, nacionalización de la riqueza, jornada de ocho horas, protección a la infancia, salario mínimo, descanso dominical obligatorio, abolición de las tiendas de raya, pensiones de retiro e indemnizaciones por accidentes de trabajo, protección a la raza indígena y expedición de una ley del trabajo.

En 1909 se organizó el partido democrático que presidió el Lic. Benito Juárez Maza, quien en su manifiesto político se compromete a la expedición de leyes sobre accidentes de trabajo y disposiciones que permitan hacer efectiva la responsabilidad de las empresas en los casos de accidentes.

En 1910 el partido antirreleccionista presenta iniciativas que tiendan a mejorar la condición material, moral e intelectual de los obreros.

En el discurso pronunciado por Don Francisco I. Madero, el 25 de abril de 1910, al aceptar su candidatura para la presidencia de la república, plantea su ideal político que consistía en presentar iniciativas de ley convenientes para asegurar pensiones a los trabajadores mutilados en la industria, en las minas o en la

agricultura, o bien pensionando a sus familias, cuando estos pierdan la vida en servicio de alguna empresa .

Desde principios de su presidencia Don Francisco I. Madero se preocupó, por las necesidades de los trabajadores, estudió sus condiciones precarias de la vida rural y actuó consciente de inmediato en su favor:

Elevó los salarios de sus trabajadores. les construyó casas higiénicas; estableció escuelas para los hijos de los campesinos, y suprimió las tiendas de raya.

En estas condiciones la promesa de protección y amparo que Madero hizo a los trabajadores en el plan de San Luis, resulto un hecho consciente que elevó a la categoría de uno de los postulados mas trascendentes de la revolución mexicana.

El 26 de marzo de 1913 se suscribió el Plan de Guadalupe y al ser reformado el 8 de julio de 1914 en la ciudad de Torreón, en su cláusula octava establecía:

"Las divisiones del Norte y del Noroeste, se comprometen solemnemente a procurar el bienestar de los obreros". (1)

Don Venustiano Carranza se propuso, institucionalizar el pensamiento revolucionario, igualar la acción de la revolución a la medida de las necesidades de los mexicanos, donde prevalecía la verdad y la justicia social.

El 1º de Diciembre de 1916, proporciona el congreso constituyente de Querétaro el proyecto de reformas constitucionales expresando:

"Con la responsabilidad de los empresarios para los casos de accidentes; con los seguros para los casos de enfermedad y de vejez.

(1) GARCIA CRUZ MIGUEL. La seguridad social en México. Tomo I. 1906-1958 pág 28.

Con todas estas reformas espera fundamentalmente el gobierno a mi cargo que las Instituciones políticas del país responderán satisfactoriamente a las necesidades sociales"

Que los agentes del poder publico sean lo que deben ser; instrumentos de Seguridad Social. (2)

Venustiano Carranza es la primera persona que usa la palabra Seguridad Social dentro de la Revolución Mexicana dándole un significado de Libertad y Justicia.

Dentro de la sesión celebrada el día 13 de enero de 1917, el Congreso Constituyente presento su proyecto de Reforma que fue leído y turnado a la comisión de puntos constitucionales, quien al referirse al Seguro Social enfatizo :

"Se impone no solo el aseguramiento de las condiciones humanas del trabajo, como las de salubridad de locales... y garantías para los riesgos que amenacen al obrero en ejercicio de su empleo, sino también fomentar la organización de establecimientos de beneficencia e instituciones de previsión social para asistir a los enfermos, ayudar a los inválidos, socorrer a los ancianos, proteger a los niños abandonados, auxiliar a ese gran ejército de reservas de trabajadores parados involuntariamente que constituyen un peligro para la Seguridad Publica" (3)

La Revolución Mexicana es fuente generadora de Ideales que se institucionalizaron en la Constitución de 1917 concibiendo que el trabajo debe merecer todas las garantías económicas, políticas y sociales porque es un medio esencial para producir todos los bienes y satisfactores de las necesidades del hombre y de la sociedad, asegurando su propia existencia.

(2) GARCIA CRUZ MIGUEL. OP CIT pág 41

(3) IDEM

ARTICULO 123 CONSTITUCIONAL.- La Sesión del Congreso Constituyente realizada el día 23 de Enero de 1917 se ocupó del Capítulo VI Constitucional " Del Trabajo y de la Previsión social ", que fue aprobado en esa misma fecha, estableciéndose las fracciones XIV, XXV y XXIX del artículo 123 Constitucional con relación a los Seguros Sociales quedando aprobados en los términos siguientes :

XIV.- Los empresarios serán responsables de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores, sufridas con motivo o en ejercicio de la profesión o trabajo que ejecuten; por lo tanto, los patrones deberán pagar la indemnización correspondiente, según que haya traído como consecuencia la muerte o simplemente Incapacidad temporal o permanente para trabajar, de acuerdo con lo que las determinan.

Está responsabilidad subsistirá aún en el caso de que el patrón contrate el trabajo por un intermedario.

XXV.- El servicio para la colocación de los trabajadores será gratuito para estos, ya que se efectúe por oficinas municipales, bolsas de trabajo, o por cualquier otra institución oficial o particular, y

XXIX.- Se considera de utilidad social :

El establecimiento de cajas de seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidente y de otros con fines análogos, por lo cual, tanto el gobierno federal, como el de cada Estado, deberán fomentar la organización de Instituciones de esta índole para infundir e inculcar la previsión popular.

Hasta antes de la redacción del artículo 123 Constitucional, el Contrato de Trabajo era considerado como una modalidad del Contrato de Arrendamiento, donde el hombre trabajador se equiparaba a una mercancía, una cosa o un bien; sin impartírsele las garantías necesarias para conservar su dignidad humana, en ese

entonces no se había consagrado el derecho de libertad de Asociación ni los locales en que se prestaba el trabajo estaban en condiciones, ni existían prestaciones económicas ni los servicios que los Seguros Sociales otorgan.

Madero inspiró su ideario político en las necesidades del pueblo, el cual se puede resumir en los siguientes puntos :

- 1.- La Libertad es un bien precioso sólo concedido a los pueblos dignos de disputarla.
- 2.- Que vengan las luchas de la idea, que siempre serán luchas redentoras, pues del choque de éstas, siempre ha brotado la Luz, y la libertad no la teme , la desea.
- 3.- El poder absoluto corrompe a quienes lo ejercen y a quienes lo sufren.
- 4.- Nadie sabe de lo que es capaz un pueblo cuando lucha por su libertad.
- 5.- Demostraremos con hechos que no hay esfuerzos perdidos cuando lleva un fin bueno.
- 6.- Todos unidos dediquemos nuestros esfuerzos a trabajar por el engrandecimiento de México.
- 7.- Más vale un puñado de valientes que una legión de tímidos.
- 8.- Los pesimistas generalmente intentan ocultar su miedo encontrándolo reflejado en los demás.
- 9.- Cuando los pueblos abdicen de sus libertades la fatalidad los persigue.
- 10.- Los hombres más humildes con los poderosos son los más déspotas con los débiles.

11.- A los hombres no podemos juzgarlos por un acto, ni por varios actos aislados de su vida.

12.- El único sentimiento que me guía es el amor a la patria". (4)

La Reforma Constitucional del 5 de Febrero de 1917 encarna la mayoría de estos ideales y está inspirada en un profundo y entrañable amor a la patria.

El artículo 123 Constitucional contiene 31 fracciones de las cuales 24 se refieren a la creación de una serie de condiciones del medio y del ambiente que rodea al trabajador para liberarlo de la inseguridad y protegerlo de los riesgos que se presentan en el ejercicio de sus actividades.

A partir del 5 de Febrero de 1917, dándose en la fracción XXIX del artículo 123 Constitucional facultades a los Estados para legislar en materia de Seguros Sociales, las Leyes del trabajo y Constituciones de 15 Entidades de la República, establecieron disposiciones relacionadas con los Seguros Sociales.

En la Constitución Política de 1917, la República, se impuso un anhelo justiciero de Seguro Social cuya meta al principio estuvo muy lejos de alcanzarse ya que además de la situación descrita, no se disponía de los instrumentos científicos necesarios para completar la tarea; el ambiente no era propicio, faltaba todo lo necesario.

El General de División Alvaro Obregón, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, realizó el mayor esfuerzo para dar a la luz pública el 9 de diciembre de 1921, un proyecto de Ley del Seguro Social donde expuso un ideal de interpretación como una serie de consideraciones para resolver los problemas obrero-patronales que se presentaran en todos los ámbitos del país.

Estas ideas generales se compendian de la siguiente manera:

1.- Poner a cubierta de la indigencia a las clases que careciendo de bienes de fortuna, solo disponen para cubrir las necesidades del producto de su esfuerzo personal.

2.- Que el trabajador, al desarrollar su esfuerzo obliga la gratitud y atención del Estado para velar por su bienestar, porque el actuar en favor de la riqueza privada, creadora de la riqueza publica, es factor de prosperidad y engrandecimiento.

3.- La dificultad en la aplicación de las leyes transforma en simples derechos teóricos de los derechos legales y al obligar al trabajador a exigir su cumplimiento, dentro de una legislación complicada, tardía y costosa, agrava la desgracia de la clase trabajadora.

4.- Las Leyes que crean derechos y obligaciones entre trabajadores y patronos, suscitan permanentes fricciones entre estos dos factores, donde con frecuencia y con graves quebrantos, se tiene que recurrir al recurso supremo de la huelga para alcanzar una mas justa compensación a su trabajo y mayores garantías para los casos de accidentes y muerte de los trabajadores.

5.- Que las ambiciones políticas han promovido legislaciones que halagan a los trabajadores por su sentido teórico-legal, pero de aplicación tan complicada que también halagan a los patronos porque las dificultades de su interpretación se prestan para eludir su cumplimiento.

6.- Que las leyes ambiguas de difícil aplicación no benefician a los trabajadores y desalientan a la clase patronal, que siempre esta en posición falsa e incierta.

7.- Es preciso federalizar la legislación en el orden social y moral para conceder distintos derechos a ciudadanos de una misma República.(5)

(5) GARCIA CRUZ MIGUEL OP CIT. pág 56-57

Propuso también que el Estado se encargara de buscar el equilibrio social, creando para atender esas necesidades, una contribución que pagarían los patrones equivalente al 10% sobre todos los pagos hechos por concepto de salarios y así se podrá integrar una reserva económica que manejaría el estado.

Destinando así esa contribución, a satisfacer con toda oportunidad los derechos de los trabajadores; serían motivo de compensación la indemnización por accidentes de trabajo en las diferentes modalidades:

Jubilaciones por vejez, y seguros de vida.

En este proyecto de Ley se menciona el propósito de reformar el artículo 123 Constitucional, cuyos fines eran Federalizar las prestaciones de los trabajadores y encaminar el propósito de que con el pago de los patrones del 10% se verían obligados a cumplir lo establecido por la fracción VI del Artículo 123 Constitucional refiriéndose a la participación de utilidades a que tendrían derecho los trabajadores.

Los partidarios del General Alvaro Obregón establecieron una organización, denominada "Partido de Previsión Social", el cual tenía como objetivo:

" El Seguro Social en sus variadas formas, Jubilación por vejez de los trabajadores, seguro de vida e indemnización por accidentes de trabajo, cumple los propósitos de protección al trabajador suprimiendo todos aquellos inconvenientes en que los antiguos métodos son ineficaces y engendran antagonismos, conflictos y problemas... El principio del Seguro Social hace que los patrones, los trabajadores y el Estado, en la forma que propone el General Alvaro Obregón, dedique suficiente tiempo y atención a la mejor aplicación en las reglamentaciones relativas.

Esta es la necesidad peculiar de toda buena administración". (6)

(6) GARCIA CRUZ MIGUEL OP CIT. pag 58

Correspondió al General Alvaro Obregón el mérito indiscutible de haber realizado esfuerzos para reglamentar la fracción XXIX del Artículo 123 Constitucional, aunque no llegó a coronarse, si existieron cambios, ya que se creó una serie de circunstancias propicias para promover el advenimiento de la reforma constitucional.

El Seguro Social debería extenderse a todas las personas amparadas por un contrato de trabajo, para protegerlas contra los riesgos que están expuestas al quedar en la miseria cuando les faltaba ocupación o se incapacitaban para poder obtener los ingresos normales dentro de su ocupación habitual .

Para que existiera el cumplimiento de todas las peticiones que los trabajadores hacían, se necesitaba reformar la fracción XXIX del Artículo 123 Constitucional y establecer el Seguro Obligatorio.

El Presidente de la República Lic. Emilio Portes Gil, consciente de que existía imprecisión y fallas básicas en el planteamiento Constitucional del problema ya que se limitaba a recomendar el fomento de la organización de aquellas instituciones dedicadas a infundir e inculcar la previsión popular, pero no se referían al Seguro Social, ya que no existían cajas de seguros propiamente dichas y en cambio predominaban las cajas de ahorro.

La carencia de esta disposición constitucional, básica y clara, provocó gran preocupación entre los encargados de estudiar los Seguros Sociales.

En 1928, la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo, designó una comisión, que se encargó de redactar un capítulo de Seguros Sociales ; la cual tenía como objetivos los siguientes :

a) Hacer una enumeración más completa de los riesgos, superando lo establecido en la Constitución.

b) Pretende proteger a todos los trabajadores de salario mínimo y se propone la inembargabilidad de las pensiones y la extensión de impuestos a las primas es decir, libera de contribución a estos trabajadores del campo y de la ciudad.

c) Pretende proteger a todos los trabajadores del campo y de la ciudad.

d) Preveé la creación de tribunales tripartitas especializados para dirimir en primera instancia las controversias.

e) Propone un régimen de contribución tripartita.

El Ejecutivo de la Unión, manifestó expresamente que profundizaba en la necesidad de reformar la Constitución para alcanzar incumplidas metas y convocó en Julio de 1929 el Congreso de la Unión para celebrar un período extraordinario de sesiones, donde sometió a su deliberación una iniciativa que terminó en la reforma de la fracción XXIX del artículo 123 Constitucional, al cual hice referencia anteriormente.

En el informe del 1º de Septiembre de 1929 el Señor Presidente de la República expresó:

" La reforma del artículo 123, satisface una de las necesidades más apremiantes en beneficio de las clases trabajadoras del país". (7)

Está reforma se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 6 de Septiembre de 1929 quedando en los siguientes términos :

" Se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades ,y accidentes y otras con fines análogos". (8)

Está reforma dio al Seguro Social la categoría de un derecho público obligatorio, y antes de establecer cajas de seguros populares se consideró de mayor importancia la expedición de la Ley del Seguro Social.

(7) GARCIA CRUZ MIGUEL OP CIT. pág 63

(8) IDEM

Actualmente esta fracción XXIX del artículo 123 Constitucional, a la letra dice:

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

I.2. CREACION DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE 1921 A 1943.

A partir de la Reforma Constitucional de 1929, entre los gobiernos de la Federación que se sucedieron, se suscitó un interés manifiesto por reglamentar la fracción XXIX del artículo 123 Constitucional y establecer el Seguro Social.

Durante los gobiernos del Señor General Plutarco Elías Calles, se realizaron estudios y se formularon anteproyectos de iniciativas de Ley para crear el Seguro Social en México.

La Reforma Constitucional del artículo 123 abrió nuevas perspectivas, durante el gobierno del Señor General Lázaro Cárdenas se realizaron nuevos estudios de acuerdo a la reforma citada, pero tampoco se llevó a cabo.

La implantación del Seguro Social constituyó una de las metas del programa de gobierno del General Don Manuel Ávila Camacho, quien en su campaña presidencial y al tomar posesión como Presidente de la República prometió a la clase trabajadora expedir la Ley del Seguro Social, así como el establecimiento de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social cuyo primer titular fue el Señor Licenciado Ignacio García Tellez, se creó esta dependencia ya que existía gran

empeño por parte del gobierno, de dedicarse a la resolución de los problemas obrero-patronales y especialmente el de protección a la vida humana, que implica hacer la Ley del Seguro Social.

El 10 de Diciembre de 1942, el Señor General Manuel Avila Camacho firmó la iniciativa de Ley que se envió al H. Congreso de la Unión.

El día 23 del mismo mes y año, la cámara de diputados aprobó, con dispensa de trámites, la Ley del Seguro Social.

Lo mismo hizo; el día 29 la Cámara de Senadores y, el 19 de Enero de 1943, se promulgó y publicó en el Diario Oficial de la Federación.

El Presidente Avila Camacho para implantar el Seguro Social tuvo necesidad de actuar con entereza y decisión inquebrantables, ya que durante años múltiples factores e intereses se opusieron sistemáticamente al cumplimiento del mandato constitucional.

La iniciativa de Ley de 1942 fue reclamatione combatida por estos intereses políticos y económicos, tanto durante la etapa de estudios que precedió a su envío al Congreso de la Unión como después de que está fue promulgada y publicada por el Poder Ejecutivo Federal

1.3. PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

Para una completa comprensión de lo que es la Seguridad Social, considero necesario enunciar brevemente, en este apartado, los principios doctrinales en los que sustenta su existencia, según los tratadistas más distinguidos del tema, debiendo aclarar que algunos de ellos le son comunes a los Seguros Sociales, ya que estos representan, una época previa en la realización integral de la Seguridad Social; sus principios doctrinales son :

Obligatoriedad, Unificación, Universalización, Solidaridad, Coordinación, Subsidiaridad, Sustancialidad e Internacionalización.

OBLIGATORIEDAD :

Esté principio, nacido siempre en virtud de una Norma Jurídica y aceptado de manera unánime por todos los regímenes de Seguros Sociales, consiste en la obligación que impone el Estado a los empresarios y trabajadores en general, de inscribirlos dentro del régimen correspondiente, a fin de que reciban los beneficios que otorga la Seguridad Social, beneficios que son limitados a los que provee el Seguro Social al principio, pero que van ampliándose a medida que se va transformando al régimen.

A fines del Siglo XIX, cuando surgió el Seguro Social en Alemania, se le dió a este el carácter de obligatorio, pero hubo otros países, como España y Portugal, donde se opinaba que esta característica restringía la libertad personal, dando como resultado que en esos países se estableciera un " Seguro Social Voluntario ", que además de tener múltiples errores y fallas no fue efectivo, ya solamente aseguró a un mínimo de trabajadores, ya que bajo ese régimen, tanto estos como los patrones quedan en libertad de aceptarlo o no.

Por otra parte, el aspecto de la obligatoriedad en los Seguros Sociales, ocasionó una serie de resistencias por parte de algunos autores, que se pronunciaban en contra de un intervencionismo coactivo del Estado hacia el Sector Patronal, entre ellos el español López Nuñez que, pretendiendo defender la libertad del individuo para participar en el régimen del Seguro Social expresa :

" El régimen Voluntario tiene mayor virtud educativo, ofrece una noción más fecunda de la responsabilidad personal y proporciona al asegurado la necesaria conciencia de su individualidad y de su independencia". (9)

(9) OSORIO Y FLORIT, MANUEL. " PREVISION SOCIAL". ENCICLOPEDIA JURIDICA OMEBA. Tomo XXIII, 1964 . Pág. 115

Obviamente los defensores de la voluntariedad de que debía tener dicho sistema, olvidaron un detalle muy importante al no admitir que en el régimen del Seguro Social Obligatorio, es el trabajador asegurado el que resulta más beneficiado.

Así, al aceptar la libertad patronal de asegurar o no a sus trabajadores, resulta en detrimento de la situación económica-social de los trabajadores puesto que les impide recibir los beneficios del Sistema.

Ante la comprobada ineficacia del régimen voluntario del Seguro Social, sus propios defensores reconocieron la necesidad de que se ideara otro sistema que fue llamado de "Libertad Subsidiada", en el cual si el trabajador quería asegurarse, obligaba en ello al patrón y muchas veces al Estado, a participar en el aseguramiento.

Pero, tanto el sistema voluntario, como el de la libertad subsidiada, constituyeron un rotundo fracaso, por el insignificante número de trabajadores que se acogieron al sistema.

Entre los defensores del Régimen de Obligatoriedad destaca el francés Paul Pie, que señala :

" El Seguro Social será obligatorio o no será nunca Seguro Social ". (10)

El tema de la Obligatoriedad, dentro de los regímenes de Seguros Sociales se encuentra ya superado, entre otras razones, porque sobre este principio, la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) ha sentado los siguientes conceptos :

No habiendo dado el Seguro Social libre, resultados satisfactorios, se ha impuesto la necesidad de establecer el Seguro Obligatorio.

(10) CITADO POR; NOVELO MENDEZ, MARÍA CRISTINA. EL DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL EN LATINOAMERICA. TESIS, MÉXICO. UNAM / FACULTAD DE DERECHO, 1970 Pág. 41.

Las primeras leyes del Seguro Obligatorio han provocado, en casi todos los países, importantes controversias.

Pero hoy está universalmente admitido que el Estado moderno tiene el derecho y el deber, en interés general, de imponer la obligación del Seguro.

El individuo no puede reivindicar legítimamente un derecho a la imprevisión, que puede acabar en caso de invalidez, de muerte prematura o de vejez, dejándole o poniendo a los suyos como una carga de la colectividad .

En todos los Continentes y en todos los regímenes políticos, económicos y sociales, liberales o autoritarios, capitalistas o colectivistas, se reconoce que el Seguro Obligatorio constituye un elemento esencial de toda política social razonable.

Ahora bien al implantarse un régimen de Seguridad Social íntegra para toda la población de un país, este principio de obligatoriedad adquiere toda su fuerza, ya que no sería concebible un sistema que abarcara a todos los individuos, sin que estos tuvieran la obligación de afiliarse.

UNIFICACION :

Consiste en cubrir la totalidad de las contingencias, ya que la protección del Seguro Social no es completa ni continua, sino únicamente otorga prestaciones al trabajador en algunas contingencias específicas, como se hacía originalmente en Alemania.

La Seguridad Social, debe proteger al hombre contra todos los riesgos, es decir, aquellas causas que produzcan la pérdida o disminución del ingreso individual o el incremento de necesidades de la familia, las cuales se presentan cada vez en mayor número, como resultado de la evolución económica y social de los países; tal es, por ejemplo, el caso de España, donde existe el " Seguro Escolar" y en el caso de Bélgica el de Vacaciones.

Existen además otros motivos que refuerzan la importancia de este principio, como lo es el hecho de que su no aplicación podría dejar sin protección al trabajador asegurado, pues podría suceder que éste pasara de un seguro a otro a de un empleo a otro y quedar, en determinado momento al descubierto contra ciertos riesgos; además de que se ha comprobado que el financiamiento del Seguro Social, que solamente cubre riesgos específicos, es muchísimo más costoso que el Sistema de Seguridad Social al cubrir la totalidad de éstos.

En América latina algunos sistemas de Seguros Sociales aplican la tendencia a cumplir con este principio, como se puede apreciar en el caso cubano, " que posee actualmente un sistema unificado de Seguridad Social, cuyo desenvolvimiento está garantizado por la gestión que directamente realiza el Estado y por su financiamiento con cargo al presupuesto general de la Nación.

Este Sistema substituyó al fragmentario que el país presentaba en Enero de 1959. (11)

La existencia del principio de la Unificación^o en los Seguros Sociales, como expresión de la Seguridad Social en las últimas décadas, debe incluir todas las contingencias posibles, para que de esta manera se pueda lograr la continuidad en la protección al trabajador asegurado y sus beneficiarios legales, como en aquellos casos en los que una enfermedad pueda dar paso a una invalidez, o a la muerte.

UNIVERSALIDAD :

Este Principio de la Seguridad Social se refiere a la cantidad de las personas protegidas, que debe ser la totalidad y se puede vincular con el principio anterior de unificación.

(11) O.P.I.S.S. MANUAL INTERAMERICANO DE INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL. MEXICO, 1967. Pág. 91-104

Con relación a este principio, se puede afirmar que el Seguro Social, en sus orígenes, protegía únicamente al trabajador de la Industria, o sea a los miembros de la clase obrera; pero poco a poco fue ampliándose su protección a otras categorías de los trabajadores, tales como los empleados de comercio, la banca y los transportes, cuya característica fundamental es la subordinación de un patrón; hasta que últimamente se ha ido logrando la incorporación al régimen del Seguro Social Obligatorio, de otros trabajadores independientes, como los pequeños artesanos, los agricultores, los trabajadores domésticos y otros que presten servicios a domicilio.

El proceso para la inclusión en el Seguro Social de ciertas categorías de trabajadores, como los domésticos, los campesinos, los pescadores y otros más ha sido paulatino, debido a las dificultades de cotización que presenta su misma situación laboral y la ausencia de un patrón, que pudiera participar y hacerse responsable de la entrega al Sistema de su aportación y la del trabajador, sin embargo, en el caso de México, esto es posible, como sucede con los trabajadores del campo, al recaer el financiamiento del Seguro sobre la aportación del propio trabajador, aunada a la del Estado, cubriendo las cuotas el interesado, mediante un trabajo comunitario en obras destinadas a la construcción de caminos, vivienda y promociones de salubridad, en el cual al cubrirle sus salarios como trabajadores eventuales los retiene la aportación que les corresponde entregar al régimen del Seguro Social.

Las dificultades de la aplicación de este principio de universalidad presenta en los países Latinoamericanos, son enormes.

En primera instancia, porque se requerían grandes inversiones del sector público, que tiene que aplicar de acuerdo a las prioridades de sus necesidades, como son :

La educación, la reforma agraria, la industrialización y en segunda, porque estamos conscientes de que la aplicación del principio de la Universalidad en los países en Vías de Desarrollo, será lenta hasta en tanto se llame la atención de la

comunidad internacional hacia la necesidad de la aplicación de la Seguridad Social a todo ser humano.

Por último, señalamos la aceptada opinión de Juan Bernaldo de Quirós, quien expresa :

" El concepto de Seguridad Social, como derecho de todo ser humano, sin distinción de raza, credo, sexo y Estado civil, obliga a la universalización del Seguro Social". (entrevista de Mayo de 1974).

SOLIDARIDAD :

Este principio de la Seguridad Social, está relacionado con los dos anteriores y tiene una doble protección social y económica.

La aplicación y el financiamiento de un régimen de Seguridad Social debe apoyarse, fundamentalmente, en la solidaridad de la colectividad lo cual significa que mientras existan más asegurados se logra una mejor distribución de su costo, resultando así que las generaciones jóvenes son las que deben pagar en parte los gastos de los trabajadores ya jubilados, los asegurados sanos que no requieran de las prestaciones médicas contribuyen a la curación de enfermos.

Así como los que se encuentran laborando, mediante sus cuotas, colaboran para el otorgamiento del subsidio de desempleo; y en todo lo referente a otras contingencias otorgadas que implican una mayor cuantía para cubrirse, como las ramas de enfermedad, maternidad y el cuidado de la salud en general, se pueden compensar con aquellas menos frecuentes o que tienen que cubrirse a largo plazo, como son los Seguros de Invalidez, Vejez y Muerte.

Esta ayuda, que se prestaban entre sí, los miembros de una Sociedad, hace manifiesta su solidaridad en lo social y económico con los demás individuos, lo que constituye este principio.

COORDINACION :

Consiste en que, para una correcta implantación de la Seguridad Social, es indispensable la coordinación de sus actividades a fin de evitar una duplicidad de funciones, siendo necesario que todas las Instituciones estatales colaboren con las Instituciones de Seguridad Social, originando un régimen de protección integral, que se conoce como Seguridad Social Institucional.

Tal es el caso de México, que para lograr esta coordinación entre sus Instituciones, creó, mediante el decreto Presidencial del 2 de marzo de 1965, una " Comisión Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia Y Seguridad Social", integrada por representantes de las Instituciones de Seguridad Social que existen en el País :

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y el Instituto de Servio y Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), así como también de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA); formándose comisiones de unidades sanitarias, cuadros básicos de medicamentos, de Instrumental, equipos y otros.

Es tan importante este principio de coordinación, que la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en la Ciudad de Washington, en el año de 1966, estudió lo relativo a ese aspecto dentro del tema " Métodos para promover y hacer efectiva la coordinación entre los servicios y programas de los Ministerios de Salubridad, Instituciones de Seguridad Social que llevan a cabo actividades relacionadas con la salud.

Asimismo en la VIII- Reunión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, celebrada en Panama en el año de 1968, donde asistieron representantes de la O.I.T. y de la asociación internacional de la Seguridad Social y otras organizaciones, fue aprobado el importante acuerdo titulado " Mensaje Continental de Panama", entre cuyos objetivos se encuentra :

" Promover la coordinación de las actividades que realicen las Instituciones de Seguridad Social, con organismos y dependencias públicas que tengan a su cargo estas tareas similares y conexas.

SUBSIDIARIDAD :

Consiste en aumentar las cargas económicas de los que más ganan en beneficio de los que reciben menos ingresos.

Así, se puede citar el ejemplo de que los trabajadores que laboran en los centros urbanos con ingresos más altos que los que reciben los trabajadores del campo, pueden aportar mayores cantidades a la Seguridad Social, contribuyendo a impartir estos servicios a los campesinos.

Este principio debería aplicarse primordialmente en todos los países como medio para lograr una redistribución de la riqueza nacional, ya que a través de esta acción y de la implantación de un régimen de Seguridad Social Integral, podría superarse uno de los obstáculos más grandes para el desarrollo económico y social de la población.

SUBSTANCIALIDAD :

Este principio de la Seguridad Social, consiste en el hecho de procurar que las prestaciones económicas que se otorgan para cubrir una contingencia, sean lo más aproximado posible al salario que recibía el asegurado antes de que ocurriera, la contingencia, con el fin de que no sufra disminución en su presupuesto.

En esta forma, las prestaciones económicas constituyen un salario social y, en muchos casos, representan un salario complementario que se agrega al salario laboral.

Así, la substancialidad significa la elevación de las prestaciones económicas otorgadas a través de la Seguridad Social, para que el trabajador asegurado pueda

estar verdadera y debidamente protegido, en situaciones y calamidades que merman o terminan con su única fuente de ingresos : Su Salario.

INTERNACIONALIZACION :

Se basa en el derecho que tienen todos los pueblos del mundo, a gozar de la Seguridad Social, sin distinción alguna.

Por está razón, se han ido creando, en el transcurso de los años, diversos organismos internacionales que se encarguen de la Seguridad Social, tendientes a impulsar las acciones necesarias encaminadas a implantar el sistema en los países del Orbe, con medidas y principios más o menos similares y con las características que requiere su propio desarrollo, originando el auge de la Seguridad Social a una escala internacional misma que trataremos de expresar en esta investigación.

A su vez, este principio tiene implicaciones sociales y económicas, sociales; porque todo individuo, sin discriminación alguna, debe estar protegido y gozar de los beneficios que otorga la Seguridad Social ; económicas, porque si algún país no posee un régimen de Seguridad Social, o solo tiene un sistema limitado de la misma, puede realizar una competencia desleal al ofrecer sus productos a precios más bajos, dado que en la elaboración de éstos, no se adicionan a los costos de la Seguridad Social.

I.4. REFORMAS QUE HA SUFRIDO EL SEGURO SOCIAL DE 1943 A LA FECHA.

Durante el sexenio del Licenciado Miguel Alemán que abarco de 1946 a 1952 se suscitaron reformas a la Ley del Seguro Social, ya que existía la necesidad de adaptarla a la idiosincrasia del pueblo, a los cambios económicos, políticos y sociales que se iban experimentando en la vida de la nación.

El 31 de Diciembre de 1947, se llevo a cabo la primera reforma a la Ley del Seguro Social, y tiene por finalidad básica incrementar los ingresos, mediante el aumento de los grupos de salarios de cotizaciones de la Ley original.

La Institución del Seguro Social en esencia, propicia un ahorro nacional obligatorio, que debe invertirse en la construcción de edificios y la adquisición del equipo indispensable para que el Instituto cumpla oportuna y debidamente su cometido.

El sentido general de está reforma en su base económica y social puede compendiarse en los siguientes puntos :

1.- Se agregaron dos nuevos grupos de cotizaciones afectando los salarios para el Seguro Social desde \$2.00 hasta más de \$22.40, cambiándose la nomenclatura de los grupos de "A" hasta "K", en lugar de la enumeración romana del I a IX, usada en la Ley original.

2.- Se estableció una ligera mejoría en el pago de subsidios por incapacidad, en la rama de riesgos profesionales, y se hicieron variar estos desde \$1.20 que corresponden al primer grupo hasta \$19.80 para el grupo "K" o limite máximo de los grupos.

3.- La pensión mensual por incapacidad total permanente se hizo variar en su expresión mínima de \$16.00 que tenía la Ley original a \$32.00 mensuales que corresponden al primer grupo.

En el máximo varió de \$260.00 mensuales del grupo IX a \$528.00 para el grupo "K".

4.- Los subsidios por enfermedades generales y maternidad se hicieron variar también desde \$0.35 a \$0.64 diarios para el primer grupo, y de \$5.20 diarios hasta \$10.56 para el último grupo.

5.- Se otorgaron facultades al Ejecutivo Federal para un aumento de la cuota o prima en la rama de enfermedades generales y maternidad facultades que no llegaron a usarse.

6.- Las cuantías básicas anuales de las pensiones de invalidez y de vejez sufrieron dos incrementos : uno directamente en porcentaje de la cuantía original y el otro correlativo a los nuevos grupos de cotizaciones que se establecieron.

7.- Se reformó el artículo 128 de la Ley para establecer que las reservas del Seguro de invalidez, vejez, Cesantía y Muerte, se inviertan hasta un 67% en bonos o títulos emitidos por el gobierno federal. (12)

El 28 de Febrero de 1949, se publicó en el Diario Oficial de la Federación la segunda reforma a la Ley del Seguro Social, que puede compendiarse en los siguientes puntos :

1.- La cuota de la rama de enfermedades generales y maternidad se elevó de 6 a 8% sobre el volumen de los salarios en los grupos de \$1.60 hasta \$26.40; promedio mínimo y máximo de la escala de grupos de salarios.

2.- Se aumentó el periodo de suministros de servicios médicos y de subsidios por incapacidad de 26 a 39 semanas o sean de 182 a 273 días para la misma enfermedad.

Se redujo el periodo de carencia de subsidio por incapacidad iniciándose esté a partir del 4º día en vez del 7º que establecía la Ley Original.

3.- Para las incapacidades que durarán hasta 13 semanas, disfrutarían del subsidio normal; pero entre la 14 y 26 semanas de duración de éstas incapacidades se incrementaría el subsidio en un 10% y si la duración de la incapacidad resultaba mayor de 26 semanas, sin exceder de 39, se aumentaría el subsidio en un 20%.

(12) GARCIA CRUZ MIGUEL. LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO. Tomo II 1958 - 1964. pág. 124.

4.- Se estableció, para la trabajadora asegurada la prestación de otorgarle una canastilla al nacer el niño.

5.- Se aumentaron del 20% al 26% del grupo de salario medio las cuantías básicas en las pensiones de incapacidad total permanente, de invalidez y de vejez.

6.- Se aumentaron las pensiones de invalidez, vejez y muerte en un 10% por cada hijo menor de 16 años, y se establece que en ningún caso una pensión de invalidez o de vejez podía ser menor de \$50.00 mensuales.

7.- El período de cotizaciones previas para tener derecho a una pensión de vejez, se redujo de 700 semanas a solamente 500 semanas.

8.- En las pensiones de invalidez, de orfandad o de viudez, se redujo el plazo de 200 semanas de cotizaciones previas a solamente 150 semanas.

9.- Se estableció el derecho que tienen todos los pensionistas para continuar gozando de los servicios médicos, farmacéuticos y hospitalarios.

10.- En caso de muerte por riesgos profesionales se elevó el mínimo de \$120.00 a \$250.00 como pago de marcha o un mes de salario, si éste resulta superior a \$250.00.

11.- Previo el pago de 150 semanas de cotizaciones, a partir de la reforma de 28 de febrero de 1949, se estableció una ayuda económica para el matrimonio, dote equivalente al 30% de la anualidad de la pensión de invalidez a que tuviera derecho en la fecha del matrimonio.

12.- Se estableció el derecho que tienen todos los huérfanos pensionados o incapacitados a continuar disfrutando de sus pensiones después de 16 años de edad hasta los 25 años, si continúan estudiando con aprovechamiento aceptable, en escuelas oficiales o reconocidas por el Estado.

13.- Se dispuso por Ley, que se realizaría una nueva inscripción general de patrones y de trabajadores, como base para obtener la completa reorganización del Instituto Mexicano del Seguro Social, depurando registros de asegurados y beneficiarios e inscribir a personas que habían permanecido al margen del Seguro Social. (13)

Las dos reformas a la Ley del Seguro Social, fueron con evidencia positivas ya que consolidaron la situación financiera del Instituto, establecieron mejoras en las prestaciones y en general adaptaron la Seguridad Social a los cambios estructurales experimentados en la vida de la República.

Estas reformas constituyeron factores importantes para bajar la presión de las graves tensiones, que el sector patronal ejercía sobre la vida del Instituto, y sobre todo fueron pasos decisivos para conseguir un funcionamiento equilibrado del Seguro Social en la vida institucional de México.

La reforma a la Ley del 31 de Diciembre de 1956, se llevo a cabo a la mitad del periodo presidencial de Don Adolfo Ruiz Cortines, considerándose la más importante a la Ley del Seguro Social.

Las disposiciones más importantes desde el punto de vista económico y social fueron :

1.- Para los fines del Seguro Social, también se consideran como trabajadores del campo a los miembros de las Sociedades de Crédito Ejidal, de Crédito Agrícola y a los trabajadores agrícolas de temporada.

2.- Sujetándose a las normas establecidas por el H. Consejo Técnico, se establece por Ley, el plazo de 5 días, para dar precisamente en los formularios del Instituto, los avisos de inscripción, altas, bajas y modificaciones al salario.

Los avisos de baja no surtirán efecto, mientras el trabajador se encuentra disfrutando de algunos de los subsidios que por incapacidad señala la Ley.

Además, esta información tendrá para el Instituto carácter de estrictamente confidencial, salvo los casos previstos por la Ley.

3.- Se aumentaron tres grupos de cotizaciones, los señalados en la Ley como "L", "M" y "N", haciendo variar los salarios diarios sujetos a cotizaciones del Seguro Social desde \$1.60 del "A" o mínimo, hasta el de \$60.00 que corresponde al grupo "N" o máximo;

4.- Para los trabajadores aprendices, cuya retribución se estipula en especie o en dinero y su retribución es inferior al salario mínimo, se obliga al patrón a pagar los aportes que corresponderían al trabajador y se estableció que deben ser clasificados en el grupo D como mínimo, con salario promedio diario de \$5.00.

5.- Se consolida jurídicamente la tesis del Lic. Antonio Ortíz Mena, de que se consideran accidentes de trabajo los que ocurren al trabajador al trasladarse directamente de su domicilio al lugar en que desempeña su trabajo o viceversa, sentando una nueva base jurídica para liquidar una vieja disputa obrero-patronal.

6.- En caso de enfermedad o accidente profesional, el subsidio será igual al 100% del salario y se pagara mientras subsista la incapacidad, que no podrá ser superior a 72 semanas.

En la Ley anterior el subsidio era del 75% del salario y el plazo máximo de disfrute de 52 semanas;

7.- En caso de incapacidad total permanente, las pensiones mensuales correspondientes a los grupos del "A" al "K" se elevaron del 66.67% del salario promedio al 75%, y se estableció el 66.67% del salario promedio como pensión mensual de los nuevos grupos "L", "M", y "N".

En estas condiciones, las pensiones se hicieron variar de un mínimo mensual de \$120.00 a un máximo de \$1200.00.

8.- Se aumentó de \$250.00 a \$500.00 el mínimo para ayuda de gastos de entierro o sigue rigiendo un mes de salario si está es superior.

9.- Las pensiones a los ascendientes se elevaron del 16.2% al 20% de la que hubiese correspondido al asegurado totalmente incapacitado;

10.- En caso de enfermedad general se amplió el plazo con derecho a atención médica y subsidios de 39 a 52 semanas; susceptibles de ampliación todavía 26 semanas más si hay posibilidades de curación, o sean 78 semanas como máximo. Pudiendo ser internada durante la convalecencia en casos de reposo.

11.- Los subsidios diarios por enfermedades generales y maternidad se aumentaron un 25% en relación con el salario medio y se hacen variar desde \$0.80 diarios hasta \$30.00 diarios.

12.- Se consideran con derecho a los servicios médicos, el padre y la madre, cuando viven en el hogar del asegurado y dependen económicamente de éste, y que no tengan derechos propios.

13.- En caso de fallecimiento de un asegurado o pensionado, por riesgos no profesional, se elevó de \$250.00 a \$500.00 la ayuda para gastos de entierro;

14.- Se establece por Ley, para otorgar las prestaciones de riesgos profesionales y las de enfermedades generales y Maternidad, las concesiones a particulares mediante decretos expedidos por el Ejecutivo Federal, a petición del Instituto;

15.- Se mejoró la definición del estado de invalidez reduciendo de 66.66% a 50% la pérdida de la remuneración habitual.

16.- Las cuantías básicas para las pensiones de invalidez y de vejez se aumentaron en su origen del 26% al 34% del salario; tasa que puede elevarse hasta un 50% o más, por el tiempo de cotizaciones y asignaciones familiares.

El mínimo de estas pensiones se elevó de \$50.00 a \$120.00 mensuales.

17.- El Seguro Social tiene la obligación de establecer servicios de curación, reeducación, readaptación y centros vacacionales para convalecientes,

18.- La pensión de viudez, se elevó del 40% al 50% de la invalidez.

19.- En caso de muerte por riesgo no profesional, a falta de esposa o hijos, se puede pensionar a cada uno de los ascendientes con el 20% de la pensión a que hubiese tenido derecho el asegurado fallecido; y

20.- Se conservó la organización tripartita del Consejo Técnico y de la Comisión de Vigilancia; pero en detrimento del Estado puede reducirse la representación proporcional, misma que se disminuyó desde entonces. (14)

La Reforma a la Ley del Seguro Social del 31 de Diciembre de 1959, fue un proyecto del Presidente Adolfo López Mateos, y la llevó a cabo el Señor Licenciado Benito Coquet, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, quien enfatizó que estas reformas beneficiaban a los derechohabientes, y consistían en :

Aumentan las prestaciones en dinero a que tienen derecho los asegurados; mejoran los servicios médicos; extienden el régimen de Seguridad Social a los trabajadores urbanos independientes : como artesanos, pequeños comerciantes, profesionistas libres y similares, así como a los campesinos asalariados y a los miembros de las Sociedades de Crédito Agrícola y Ejidal.

Para estos dos últimos grupos, se establece para garantizar su aseguramiento, ciertas normas relacionadas con los bancos Agrícolas y Ejidal.

También estatuye para los ejidatarios y pequeños propietarios, aparceros y medieros que no pertenecen a las Sociedades de Crédito, que se formule un Reglamento especial, señalando las condiciones de su incorporación.

La reforma aspira a dar su cooperación en la lucha para redimir al pueblo de México de la insalubridad, de la ignorancia y de la pobreza.

(14) GARCIA CRUZ MIGUEL OP. CIT. pag. 169

La exposición de motivos de las reformas a la Ley del Seguro Social, constituye uno de los propósitos esenciales de nuestras instituciones democráticas que los trabajadores encuentran en él, uno de los mejores instrumentos para la realización de los postulados de justicia social que instauró la Revolución Mexicana y una norma para los actos del gobierno de la República, en beneficio de las grandes mayorías nacionales pues se considera el constante fortalecimiento de la seguridad social , tanto como para ampliar las prestaciones que actualmente concede, como para extender sus beneficios a nuevos núcleos de población.

Es posible la misión de la Seguridad Social para atender las continuas y crecientes necesidades de los trabajadores , logrando mayores beneficios tanto en lo que se refiere a las prestaciones en dinero, que la ley concede , como lo que respecta a una continua mejoría de los servicios médicos y sociales establecidos

Estas reformas tienden a crear las condiciones para extender el régimen de Seguridad Social a nuevos núcleos de población , dando respuesta satisfactoria a las peticiones constantes de agrupaciones sindicales, de grupos de trabajadores , de núcleos de campesinos y de organismos patronales, para mejorar los servicios y la extensión del sistema de seguridad social.

La última reforma realizada a la Ley del Seguro Social fue el 31 de Diciembre de 1965 propuesta por el presidente Gustavo Díaz Ordaz .

Actualmente, el Decreto que reforma , adiciona y deroga diversas disposiciones de la Ley del Seguro Social, se publicó en el Diario Oficial de la Federación con fecha del 24 de Febrero de 1992, estableciendo lo siguiente :

ARTICULO PRIMERO.- Se Reforman los Artículos 10; 11 fracciones III y IV ; artículo 33; artículo 45 primero y segundo párrafos; 246 fracciones III y IV, y 253 fracción I; se ADICIONAN una fracción V al artículo 11; al Título Segundo, un Capítulo V BIS denominado " Del seguro de retiro " con los artículos 183-A al 183-S; el artículo 231 BIS; la fracción V al artículo 246; al Título V, un Capítulo V BIS denominado " Del Comité Técnico del Sistema de ahorro para el retiro " con los

artículos 258-F a 258-H; artículo 261, tercer párrafo al 271, y el artículo 280 BIS, de la Ley del Seguro Social, para quedar como sigue :

Artículo 10.- Las prestaciones que corresponden a los asegurados y a sus beneficiarios son inembargables. Sólo en los casos de obligaciones alimenticias a su cargo, pueden embargarse por la autoridad Judicial las pensiones, subsidios, y los fondos de las subcuentas del seguro de retiro , hasta el cincuenta por ciento de su monto.

Lo señalado en el párrafo anterior, no autoriza bajo ningún concepto el retiro de los recursos en plazos y condiciones distintos a los establecidos en el Capítulo V BIS del Título Segundo de esta Ley.

Artículo 11.- El régimen Obligatorio comprende los gastos de :

Fracción III, Invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte; Fracción IV, Guarderías para hijos de aseguradas.

El artículo 33, dispone sobre la inscripción del asegurado, conforme al salario base de cotización.

Así mismo el artículo 45, establece, sobre el pago de cuotas obrero-patronales.

El Artículo 246, dispone .- Los órganos superiores del instituto son: Fracción III, La comisión de Vigilancia; y fracción IV, La Dirección General.

Por último el artículo 253, en su fracción I, establece : El Consejo Técnico tendrá las atribuciones siguientes :

I.- Decidir sobre las inversiones de los fondos del instituto, con sujeción a lo previsto en esta Ley y sus reglamentos, excepto los provenientes del seguro de retiro.

1.5. POR QUE SE LE CONSIDERA UN ORGANISMO DESCENTRALIZADO.

El artículo 90 constitucional establece: "La administración pública federal será centralizada y paraestatal conforme a la ley orgánica que expida el congreso, que distribuirá los negocios del orden administrativo de la federación que estarán a cargo de las Secretarías de Estado y Departamentos Administrativos y definirá las bases generales de creación de las entidades paraestatales y la intervención del Ejecutivo Federal en su operación .

Las leyes determinarán las relaciones entre las entidades paraestatales y el Ejecutivo Federal , o entre éstas y las Secretarías de Estado y Departamentos Administrativos".

El Régimen Paraestatal comprende una diversidad de entidades, que son mencionadas en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal , así como los organismos descentralizados , además de las leyes especiales que la regulan , las cuales se caracterizan por la diversificación de la coordinación administrativa.

Descentralizar no es independizar , sino alejar o atenuar la jerarquía administrativa , conservando así el poder central y limitadas facultades de vigilancia y control.

El Instituto Mexicano del Seguro Social , es un organismo descentralizado , ya que en su propia ley en el artículo 5º dispone que la organización y administración del Seguro Social este a cargo del Organismo Descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social.- Dicho Organismo, es una persona moral creada por la ley, con personalidad jurídica propia.

Su patrimonio se constituye parcialmente con fondos federales y su objetivo y fines son la prestación del servicio público nacional; por lo que se reúnen todos los requisitos del derecho positivo vigente que exige para considerarlo como un organismo descentralizado.

Descentralizar dice Walline : " Es retirar poderes de la autoridad de competencia menos general ; o sea de competencia territorial menos amplia (autoridad local) sea de competencia especializada por su objeto ". (15) .

La Descentralización Administrativa relaja los vínculos de relación con el poder central y se sitúa fuera del campo de acción de este poder manteniendo con este estrictas relaciones de control.

En la Descentralización, se crean personas morales , a las cuales se les transfieren determinadas competencias , manteniendo su autonomía orgánica y técnica al mismo tiempo que se reducen sus relaciones con el poder central ; como en el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Podemos concluir que dentro de la organización del sistema de un organismo descentralizado , se desprende las siguientes ventajas, en relación con un organismo centralizado:

- 1.- Una mayor preparación técnica de sus elementos, surtida de la descentralización .
- 2.- Democracia efectiva en la organización y mayor intervención .
- 3.- Atraer donativos de los particulares, sin peligro de conseguirlos con los fondos públicos.
- 4.- Inspira una mayor confianza a los individuos del servicio .

El Instituto Mexicano del Seguro Social con respecto a su organización y funcionamiento es una institución de carácter tripartita , esto es, que se integra por los tres sectores de la producción, que son el sector gubernamental, el sector empresarial y el sector obrero.

Asimismo, el Instituto tiene para los efectos de pago de cuotas , recargos y capitales constitutivos, el carácter de Organismo Fiscal autónomo con facultades para determinar los créditos y las bases para su liquidación , así como para fijarlas en cantidades líquidas cobrarlos y percibirlos e invertirlos en actividades de su objetivo social (art. 288 de la Ley del Seguro Social).

El artículo 4º de la Ley del Seguro Social , instituye que el Seguro Social es el instrumento básico de la Seguridad Social establecida como un servicio público de carácter nacional , entendiéndose a este como una actividad del Estado o, como una concesión de los particulares para lograr la satisfacción de necesidades colectivas , en las órdenes de los medios de derechos humanos a la salud , asistencia médica, la protección a los medios necesarios de subsistencia y la prestación de los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo en la República Mexicana, como ámbito de aplicación , es decir, "Federal".

I.6. ESTRUCTURA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

El artículo 246º de la Ley del Seguro Social, señala ; los órganos superiores del Instituto son :

- I. La Asamblea General;
- II. El Consejo Técnico;
- III. La Comisión de Vigilancia;
- IV. La Dirección General, y
- V. El Comité Técnico del Sistema de Ahorro para el retiro.

La Asamblea General :

De acuerdo al artículo 247, la autoridad suprema del Instituto es la Asamblea General, integrada de manera tripartita, por treinta miembros, de los cuales diez son designados por el Ejecutivo Federal; diez por las organizaciones patronales; y diez por las organizaciones de los trabajadores.

Dichos miembros durarán en su cargo seis años pudiendo ser reelectos.

La Asamblea será presidida por el Director General y deberá reunirse ordinariamente una o dos veces al año y extraordinariamente cuantas ocasiones sea necesario, discutirá anualmente el estado de ingresos y gastos, el balance contable, el informe del Director General, el programa de actividades, el presupuesto de ingresos y egresos del año siguiente, así como el informe de la Comisión de Vigilancia.

Cada tres años, conocerá para su aprobación el balance actuarial del Consejo Técnico.

Al elaborar dicho balance el Instituto investigará estadísticas sobre el desarrollo de los fenómenos colectivos de importancia para la vida del Seguro Social y establecerá la comprobación del desarrollo efectivo con las previsiones actuariales.

Si el balance actuarial acusare superávit, este se destinará a constituir un fondo de emergencia hasta el límite máximo del 20% de la suma de las reservas técnicas.

Después de alcanzar este límite, el superávit se aplicará, según la decisión de la Asamblea General al respecto, a mejorar las prestaciones de los diferentes ramos del Seguro Social.

El Consejo Técnico :

Es el Representante Legal del Instituto Mexicano del Seguro Social, y a su vez el Administrador General, esta integrado por doce miembros, cuatro designados por los representantes de los patrones, cuatro designados por los representantes de los trabajadores en la Asamblea General y cuatro representantes del Estado, con sus respectivos suplentes, quienes durarán en su cargo seis años, pudiendo ser reelectos y revocados por causa justificada.

El Secretario de Salubridad y Asistencia y el Director General, serán siempre consejeros del Estado, presidiendo este último el Consejo Técnico.

La Designación será hecha por la Asamblea General.

El Consejo Técnico, decide sobre las inversiones de los fondos en reserva del Instituto, establece o suprime las delegaciones, subdelegaciones y oficinas para cobros de cuotas obrero-patronales del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Convoca a la Asamblea General, discute y aprueba el presupuesto de ingresos y egresos, así como el programa de acción del Director General; expide los reglamentos internos de labores, concede, rechaza o modifica las pensiones de los asegurados, pudiendo delegar esta facultad; nombra y remueve al Secretario General, a los Subdirectores, Jefes de Servicio y Delegados.

Propone al Ejecutivo Federal las modificaciones del régimen obligatorio así como su extinción; establece los procedimientos para la inspección, autoriza la celebración de convenios para el pago de cuotas; concede el disfrute de prestaciones médicas y económicas en casos excepcionales, y en su caso resuelve el recurso de inconformidad.

El fundamento legal del Consejo Técnico se encuentra en el artículo 252º de la Ley del Seguro Social.

Comisión de Vigilancia :

La Asamblea General designará a la misma, que está compuesta por seis miembros, dos miembros propietarios y dos suplentes por cada uno de los sectores respectivos, quienes durarán en su cargo seis años y podrán ser reelectos o revocados mediante solicitud de su sector y mediante causas justificadas.

Dicha Comisión, tiene como finalidad específica vigilar que las intervenciones se realicen conforme a la Ley, llevar a cabo auditorías de los balances contables y comprobar los avalúos de los bienes del Instituto.

Asimismo, propone las medidas que juzgue convenientes para un mejor funcionamiento.

Presenta a la Asamblea un dictamen sobre el informe de actividades y los estados financieros que propone el Consejo Técnico en casos graves y bajo su responsabilidad cita a Asamblea General Extraordinaria, de acuerdo al artículo 254º de la Ley del Seguro Social.

Director General :

Toda vez, que el Instituto Mexicano del Seguro Social, es un organismo meramente descentralizado con autonomía y patrimonio propio, el Ejecutivo Federal nombra al titular del Instituto, dabiendo ser mexicano de nacimiento y otorgándole las siguientes atribuciones :

I.- Presidir las sesiones de la Asamblea General y del Consejo Técnico.

II.- Ejecutar los acuerdos del propio Consejo.

III.- Representar al Instituto Mexicano del Seguro Social, ante toda clase de autoridades, organismos y personas, con facultades generales y especiales, inclusive para sustituir o delegar dicha representación .

IV.- Presentar anualmente al Consejo el informe de actividades, así como el programa de labores y el presupuesto de ingresos y egresos para el siguiente período.

V.- Presentar anualmente al Consejo Técnico el balance contable y el estado de ingresos y gastos.

VI.- Presentar cada tres años al Consejo Técnico el balance actuarial.

VII.- Proponer al Consejo la designación o destitución de los funcionarios previstos por la fracción VII del artículo 253 de la Ley del Seguro Social.

VIII.- Nombrar y remover a los demás funcionarios y trabajadores.

IX.- Las demás que señalan las disposiciones de esta Ley y sus reglamentos.

El Director General, tendrá derecho de Veto sobre las resoluciones del Consejo Técnico; el efecto de veto será suspender la aplicación de la resolución hasta que resuelva en definitiva la Asamblea General.

El Comité Técnico del Sistema de Ahorro para el Retiro :

Estará integrado por nueve miembros propietarios, designados tres por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, uno por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, tres por el Instituto Mexicano del Seguro Social y dos por el Banco de México.

Tratándose del Instituto Mexicano del Seguro Social su participación en el comite será de carácter tripartita, debiendo recaer en favor de los sectores representados en su Consejo Técnico dando preferencia a las organizaciones de representación mayoritaria.

Al Comité Técnico del Sistema de Ahorro para el Retiro, corresponderá :

a) Actuar como órgano de consulta respecto de asuntos relativos al sistema de ahorro para el retiro.

b) En su caso, recomendar a las autoridades competentes, la adopción de criterios y la expedición de disposiciones sobre dicho sistema.

c) Autorizar modalidades particulares para el cumplimiento de obligaciones y el ejercicio de derechos a que se refiere este Capítulo siempre que a juicio del Comité, el tratamiento concedido por virtud de dichas autorizaciones sea conveniente hacerlo extensivo a todas las personas que se encuentren en el mismo supuesto.

d) Resolver sobre las circunstancias específicas no previstas en el presente Capítulo, siempre que, a criterio del Comité, el tratamiento concedido por virtud de tales resoluciones sea conveniente hacerlo extensivo a todas las personas que se encuentren en el mismo supuesto,

e) Las demás que la señalen otras disposiciones.

El Comité, publicará en el Diario Oficial de la Federación, las autorizaciones a que se refiere el presente artículo.

1.6.1. DESCONCENTRACION ADMINISTRATIVA.

El empeño por desconcentrar facultades se ha venido realizando con mayor énfasis en los últimos años, lo que trae aparejada la creación de organismos regionales, con facultades decisorias.

" La desconcentración no confiere posibilidad de decidir, sino sólo facilitar trámites y agilizar procedimientos sin romper con la dependencia central.

En el Seguro Social, la desconcentración se relaciona con dos organismos :

Los Consejos Consultivos Delegacionales y los Delegados del Instituto."
(16)

Los Consejos Consultivos Delegacionales, estarán integrados por el Delegado que fungirá como titular del mismo, un representante del gobierno de la Entidad Federativa sede de la Delegación ; 2 del Sector obrero y dos del sector patronal, con sus respectivos suplentes.

(16) BRICEÑO RUIZ ALBERTO, Derecho Mexicano de los Seguros Sociales. pág. 258.

En el caso de las Delegaciones del Valle de México, la representación del gobierno se integrará con el titular de la Delegación respectiva. El Consejo Técnico, podrá ampliar la representación de los sectores cuando lo considere conveniente.

Los integrantes del Consejo Consultivo Delegacional representativos de los sectores, permanecerán en su cargo seis años. Las organizaciones que los hubiesen designado, tendrán derecho a removerlos libremente, conforme al artículo 258°-A.

Las facultades de los Consejos Consultivos Delegacionales del Instituto, son :

a) Vigilar el funcionamiento de los Servicios del Seguro Social en la circunscripción de la Delegación y sugerir las medidas conducentes al mejor funcionamiento de los servicios médicos, técnicos, administrativos y sociales a cargo de la misma.

b) Opinar en todo aquello en que el Delegado o cualesquiera de los órganos del Instituto en este nivel, sometan a su consideración.

c) Ser el portavoz autorizado de la Delegación ante los sectores representados y de éstos ante la Delegación, a fin de lograr las mejores relaciones y la colaboración de los sectores en las labores y servicios que el Instituto tiene a su cargo.

d) Ventilar y resolver en el ámbito de la circunscripción territorial de la Delegación , el recurso de inconformidad establecido en el artículo 274, en los términos autorizados por el Consejo Técnico.

e) Las demás que le señalen el Consejo Técnico y la Dirección General .
(artículo 258-B de la Ley del Seguro Social).

Los Consejos Consultivos Delegacionales,, fueron creados originalmente por el decreto establecido por el Ejecutivo Federal, el día 2 de febrero de 1945 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 15 de ese mismo mes y año.

Estos Consejos Consultivos, que anteriormente funcionaban como Organos de apoyo y consulta, en la actualidad han rebasado dichas atribuciones para convertirse en Organos independientes del H. Consejo Técnico del multicitado Instituto, con atribuciones y facultades delegadas por dicho Cuerpo Colegiado.

A partir del 20 de Septiembre de 1978, el H. Consejo Técnico, indicó propiamente la desconcentración de facultades de los Consejos Consultivos Delegacionales, al ordenar la integración inmediata de los Servicios Jurídicos Delegacionales y de tal manera hasta el día 28 de Diciembre de 1984, la Ley del Seguro Social sufrió algunas modificaciones, incluyendo un artículo en el cual los Consejos Consultivos contarían con facultades para resolver inconformidades, autorizar convenios de pago, cancelar créditos a cargo de patrones no localizados e insolventes, así como también para cancelar créditos a cargo de no derechohabientes y algunas otras situaciones.

El artículo 258-C de la Ley del Seguro Social, establece las facultades y atribuciones de los Delegados del Instituto y son :

- I.- Presidir las sesiones del Consejo Consultivo Delegacional;
- II.- Autorizar las actas de las sesiones celebradas con el Consejo Consultivo Delegacional y vetar los acuerdos de éste cuando no observen lo dispuesto por la Ley del Seguro Social, sus reglamentos y demás disposiciones legales, no se ajusten a los criterios del Consejo Técnico o a las políticas institucionales.
- III.- Ejecutar los acuerdos y resoluciones emitidas por el Consejo Técnico, la Dirección General y los Consejos Consultivos Delegacionales.
- IV.- Conceder, rechazar y modificar pensiones que se deriven de los diversos ramos del Seguro Social.
- V.- Recibir los escritos de inconformidad y turnarlos al Consejo Consultivo Delegacional, con los antecedentes y documentos del caso, para su resolución.

VI.- Autorizar las certificaciones que expida la Delegación.

VII.- Ejercer en el ámbito de la circunscripción territorial de la Delegación, las facultades previstas en las fracciones X, XI, XII, XIV,XV,XVI,XVII,XVIII,XIX y XX del artículo 240 de esta Ley.

VIII.- Las demás que señale esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones legales

El crecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social dio oportunidad a ampliarse en casi todos los Municipios del país, y por otro lado la creciente desconcentración hizo necesario dotar de mayores facultades a los Subdelegados del Instituto, con la finalidad de que puedan llevar a cabo sus objetivos para el cual fue creado dicho organismo descentralizado.

Asimismo, poder acreditar su competencia en los diferentes asuntos que les confieren ; por lo que la Ley en su artículo 258-D, señala las facultades y atribuciones que les compete :

a) Ejecutar los acuerdos y resoluciones emitidas por el Consejo Técnico , la Dirección General, el Consejo Consultivo Delegacional y la Delegación.

b) Recibir los escritos de inconformidad y turnarlos a la Delegación con los antecedentes y documentos del caso, para su resolución por el Consejo Consultivo Delegacional.

c) Ejercer en el ámbito de la circunscripción territorial de la Subdelegación, las facultades previstas en las fracciones X,XII,XIV y XVIII del artículo 240 de esta Ley.

d) Las demás que señalen esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones legales.

Los Jefes de las Oficinas para Cobros del Instituto Mexicano del Seguro Social, tendrán las siguientes facultades y atribuciones :

a) Hacer efectivos dentro del ámbito de su circunscripción territorial, los créditos a favor del Instituto por concepto de cuotas, capitales constitutivos y accesorios legales.

b) Aplicar el procedimiento administrativo de ejecución en los términos del Código Fiscal de la Federación.

c) Ventilar y resolver los recursos previstos en el Código Fiscal de la Federación relativos al procedimiento administrativo de ejecución que lleven a cabo.

d) Las demás que señalen esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones . (artículo 258-E).

CAPITULO II

CLASIFICACION DE REGIMENES DEL SEGURO SOCIAL

II.1 COMPROBACION DE DERECHOS DEL PACIENTE

II.2 REGIMEN OBLIGATORIO DEL SEGURO SOCIAL

A) SUJETOS DE ASEGURAMIENTO

II.3. CLASIFICACION DE REGIMEN VOLUNTARIO DEL SEGURO SOCIAL

A) SEGUROS FACULTATIVOS

B) SEGUROS ADICIONALES

II. CLASIFICACION DE REGIMENES DEL SEGURO SOCIAL.

La Seguridad Social tiene como finalidad atender el mayor número de necesidades del ser humano frente a las múltiples contingencias de su vida individual y familiar, contribuir, mediante servicios y prestaciones económicas a elevar sus niveles de vida, social, económica y cultural.

La Ley del Seguro Social en su artículo 2º, dispone que la Seguridad Social tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección y de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

En el artículo 6º de la Ley del Seguro Social, se establece : " El Seguro Social comprende :

I. El régimen obligatorio, y

II. El régimen voluntario.

La protección de la Seguridad Social en materia de asistencia médica, es tanto para el trabajador como para sus familiares, con las limitaciones de parentesco, edad o dependencia económica que establece la Ley; corroborándose esto, con la comprobación de vigencia de derechos.

II.1. COMPROBACION DE DERECHOS DEL PACIENTE.

La comprobación de derechos del paciente se lleva a cabo en el departamento de Vigencia de Derechos dependiente de la Jefatura de Servicios Técnicos o bien en control de prestaciones o archivo clínico de la Unidad Médica que le corresponde, y consiste en verificar que la persona que va a recibir atención médica sea derechohabiente, es decir, que sea trabajador actual y se encuentre asegurado.

El Departamento de Vigencia de Derechos efectúa diversos controles y trámites técnico administrativos que son previos al otorgamiento de las prestaciones diferidas de que estas se proporcionen a quienes les asista el derecho de acuerdo con las disposiciones legales y las modalidades reglamentarias administrativas.

La certificación del derecho a servicios médicos lo realiza el Control de Prestaciones con base a los avisos de afiliación movimientos de los asegurados : altas, bajas, reingresos y modificaciones de salario, que previamente fueron remitidos a las unidades médicas mediante listados procesados .

El control de los derechos en relación con las altas y bajas de asegurados y beneficiarios se realiza con base en los avisos de afiliación y con apego a las disposiciones legales y de acuerdo a la resolución del H. Consejo Técnico.

Cuando un asegurado y sus beneficiarios pierden su calidad como tales y por lo tanto no tienen derecho a los Servicios Médicos, oportunamente el Departamento de Afiliación Vigencia ordena retirar el expediente de la sección vigente para pasarla a la de bajas corrigiendo a la vez la tarjeta de adscripción correspondiente.

Con este sistema descentralizado y actualizada la tarjeta de control de los Servicios Médicos se eliminan todas aquellas personas que por diversas causas no le asiste el derecho al Servicio Médico, evitándose así numerosos fraudes.

La cifras sobre estas personas sin derecho a Servicios Médicos debido a este control han disminuido.

II.2. REGIMEN OBLIGATORIO DEL SEGURO SOCIAL

A través de la historia se implantó el régimen obligatorio del Seguro Social por considerarse de gran utilidad social, ya que de esta manera los patrones

estaban obligados a asegurar a los trabajadores, viéndose con esta disposición beneficiados el mismo trabajador así como su familia.

El Seguro Social se establece como obligatorio tanto para la incorporación como para cotizar.

El crecimiento del sistema obligatorio permite ajustar sus prestaciones a la población protegida y ampliar los tipos para crecer horizontalmente y verticalmente.

La Ley del Seguro Social en su Artículo 11 establece:

El régimen obligatorio comprende los seguros de:

I.- Riesgo de Trabajo

II.- Enfermedades y Maternidad

III.- Invalidez, Vejez, Cesantía en edad avanzada y Muerte.

IV.- Guarderías para hijos de aseguradas,

V.- Retiro

A.- SUJETOS DE ASEGURAMIENTO

La Ley del Seguro Social en su Artículo 12, establece que son sujetos de aseguramiento del Régimen Obligatorio :

I.- Las personas que se encuentran vinculadas a otras por una relación de trabajo, cualquiera que sea el acto que se le de origen y cualquiera que sea la personalidad jurídica o la naturaleza económica del patrón y aun cuando este exento del pago de impuestos o derechos.

II.- Los miembros de sociedades cooperativas de producción y de administraciones obreras mixtas.

III.- Los Ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios organizados en grupos solidarios, sociedad local o unión de crédito, comprendidos en la Ley de Crédito Agrícola.

El artículo 13 de la Ley del Seguro Social establece ; igualmente son sujetos de aseguramiento del Régimen Obligatorio

I.- Los trabajadores en Industrias familiares y los independientes, como profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y demás trabajadores no asalariados;

II.- Los Ejidatarios y comuneros organizados para aprovechamientos forestales, industriales o comerciales o en razón de fideicomisos;

III.- Los Ejidatarios comuneros y pequeños propietarios, que para la explotación de cualquier tipo de recursos, estén sujetos a contratos de asociación, producción, financiamiento y otro genero similar a los anteriores;

IV.- Los pequeños propietarios con mas de veinte hectáreas de riego o su equivalente es otra clase de tierra, aún cuando no estén organizados crediticiamente.

V.- Los Ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios no comprendidos en las fracciones anteriores;

VI.- Los patrones personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio, cuando no estén ya asegurados en los términos de esta Ley. El Ejecutivo Federal, a propuesta del Instituto, determinará por decreto, las modalidades y fechas de incorporación obligatoria al Régimen del Seguro Social, de los sujetos de aseguramiento comprendidos en este artículo así como los trabajadores domésticos.

II.3 CLASIFICACION DEL REGIMEN VOLUNTARIO DEL SEGURO SOCIAL

El Régimen voluntario del Seguro Social es el que regula las relaciones de seguros voluntarios, que como su nombre lo indica, se dan en forma espontánea y enteramente convencional; es decir permite acceder a nuevas etapas de desarrollo, que al mismo tiempo capten Ingresos adicionales mediante aportaciones distintas del obligatorio, y facultan al Seguro Social para incorporar grupos de población en forma paulatina, de acuerdo con el interés político, social y económico, conforme a las posibilidades de otorgar prestaciones a esos grupos.

Este seguro tiene vida propia y obedece a circunstancias diversas, además facilita la atención a las características propias de los grupos, sin sujeción a las normas rígidas de los seguros obligatorios.

Este seguro comprende los seguros facultativos y adicionales.

El régimen voluntario corresponde al capítulo octavo del título segundo que se refiere a los sujetos del artículo 13 de la Ley del Seguro Social, ya mencionado.

El artículo 198 de la Ley del Seguro Social, comprendido dentro del Capítulo VIII De La Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio, establece que conforme a lo dispuesto en el artículo 18, los sujetos de aseguramiento a los que aún no se hubiese extendido el régimen obligatorio del Seguro Social, podrán solicitar su incorporación voluntaria al mismo, en los periodos de inscripción que fije el Instituto y mediante el cumplimiento de los requisitos de la misma Ley.

También establece que aceptada la incorporación, serán aplicables las disposiciones del régimen obligatorio del Seguro Social, con las limitaciones y modalidades que la misma Ley y el reglamento relativo establecen.

Sólo se perderá la calidad de asegurado si se dejan de tener las características que originaron el aseguramiento. (art. 199)

Los sujetos de aseguramiento comprendidos en este capítulo cotizarán en grupos fijos y por períodos completos o en la forma y términos que se establezcan en el reglamento y decretos relativos, conforme a lo establecido en el artículo 200 de la Ley del Seguro Social, que a la letra dice :

Artículo 200.- Los Sujetos de aseguramiento comprometidos en este Capítulo cotizarán en grupos fijos y por períodos completos o en la forma y términos que se establezcan en el reglamento y decreto relativos.

El artículo 201 establece que al llevarse a cabo los actos que determinen la incorporación de los sujetos de aseguramiento de este capítulo y al abrirse los períodos de inscripción relativos, el Instituto podrá establecer plazos de espera para el disfrute de las prestaciones en especie del ramo del seguro de enfermedades y maternidad, los cuales en ningún caso podrán ser mayores de treinta días a partir de la fecha de inscripción.

El artículo 202 establece, que no procederá el aseguramiento voluntario, cuando de manera previsible éste pueda comprometer la eficacia de los servicios que el Instituto proporciona a los asegurados en el régimen obligatorio.

Así mismo el artículo 18 a la letra dice :

" En tanto no se expidan los decretos a que se refiere el Artículo 13, los sujetos de aseguramiento en él comprendidos podrán ser incorporados al régimen en los términos previstos en el Capítulo VIII del presente título"; el cual ya comente anteriormente.

A) SEGURO FACULTATIVO.

La base de distinción que existe entre los tipos de seguro, está constituida por la posibilidad de inscribirse y retirarse.

El Seguro Facultativo permite a las personas y/o grupos que la disposición normativa establece, incorporarse a su voluntad; pero así mismo les otorga el derecho a separarse cuando lo deseen sin perjuicio para ellos, por medio de manifestación escrita o simplemente por dejar de pagar las cuotas. (17)

Este Seguro, está vinculado al Seguro Obligatorio o al Voluntario dependiendo de la situación que se presente, no tiene autonomía y carece de vida propia.

En el título Segundo Capítulo VII, De la Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio, la Ley del Seguro Social en su artículo 194^a establece :

" El asegurado con un mínimo de cincuenta y dos cotizaciones semanales acreditadas en el régimen obligatorio, al ser dado de baja tiene el derecho a continuar voluntariamente en el mismo, bien sea en los seguros conjuntos de enfermedades y maternidad y de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte, o bien en cualquiera de ambos a su elección, pudiendo quedar inscrito en el grupo de salario a que pertenecía en el momento de la baja, o en el grupo inmediato inferior o superior.

El asegurado cubrirá íntegramente las cuotas obrero-patronales respectivas y podrá enterarlas por bimestre o anualidades adelantadas".

La continuación voluntaria del régimen obligatorio termina por :

- I.- Declaración expresa firmada por el asegurado;
- II.- Dejar de pagar las cuotas durante tres bimestres consecutivos; y
- III.- Ser dado de alta nuevamente en el régimen obligatorio, en los términos del artículo 12, explicado anteriormente.

De acuerdo con lo anterior observamos que el asegurado se puede inscribir y darse de baja a su conveniencia.

Estas son características típicas del Seguro Facultativo, conforme lo reconoce la propia Ley en su artículo 224° el cual establece; que el Instituto podrá contratar individual o colectivamente seguros facultativos ,para proporcionar prestaciones en especie del ramo del seguro de enfermedades y maternidad, a familiares del asegurado que no estén protegidos por esta Ley , o bien para proporcionar dichas prestaciones a personas no comprendidas en los artículos 12 y 13, los cuales ya hice referencia anteriormente; con las salvedades consignadas en los artículos 219 y 220 de esta Ley.

Artículo 219, que a la letra dice : "Las personas que empleen las entidades federales, estatales o municipales, o los organismos o instituciones descentralizados, que estén excluidas o no comprendidas en otras Leyes o decretos como sujetos de seguridad social, ni en los artículos 12 y 13 de esta Ley, podrán ser incorporadas voluntariamente al régimen obligatorio.

Artículo 220°.- "La incorporación a que se refiere el artículo anterior podrá comprender a uno o más de los ramos del régimen obligatorio, con las modalidades que expresamente se pacten.

La contratación de los Seguros Facultativos, se sujetarán en todo caso a las condiciones y cuotas que fije el Instituto.

Las cuotas relativas se reducirán en un cincuenta por ciento cuando se trate de hijos de asegurados en el régimen obligatorio, mayores de dieciséis y menores de veintinueve años, que no realicen estudios en planteles del sistema educativo nacional.

Los elementos que integran al Seguro Facultativo, son :

1.- Los Sujetos; que son familiares del asegurado no comprendidos como beneficiarios por la Ley; como son.- sobrinos, tíos, primos, hermanos, hijos que por Ley han dejado de tener derecho.

2.- La Forma; en cuanto a la contratación ya que puede ser Individual o colectiva.

3.- El pago; que se realiza conforme a las condiciones y cuotas fijadas por el Instituto.

B) SEGUROS ADICIONALES.

Mediante este tipo, el Seguro puede crecer en ambos sentidos : vertical, al facilitar la aceleración de convenios que incrementen prestaciones o disminuyan condiciones para su otorgamiento, u horizontal, mediante convenios, la incorporación de personas no señaladas por la Ley, en tanto son familiares dependientes o poseen una naturaleza jurídica que no obliga a la incorporación en un sistema determinado y, en consecuencia, permite afiliarlos a cualquiera. (18)

Este Seguro está vinculado con el Seguro Obligatorio y el Voluntario, es decir que sigue la suerte y el destino de la principal.

Conforme al artículo 226º, el Instituto podrá contratar seguros adicionales para satisfacer las prestaciones económicas pactadas en los contratos-ley o en los contratos colectivos de trabajo que fueren superiores a las de la misma naturaleza que establece el régimen obligatorio del Seguro Social.

La prima, cuota, periodos de pago y demás modalidades en la contratación de los Seguros Adicionales, serán convenios por el Instituto con base en las características de los riesgos y de las prestaciones protegidas, así como en las valuaciones actuariales de los contratos correspondientes. (art. 226)

Las bases de la contratación de los Seguros Adicionales se revisarán cada vez que las prestaciones sean modificadas por los contratos de trabajo, si pueden afectar las referidas bases, a fin de que el Instituto, con apoyo en la valuación actuarial de las modificaciones, fije el monto de las nuevas primas y demás modalidades pertinentes, de acuerdo al artículo 229 de la Ley del Seguro Social.

(18) IDEM

Los Seguros Facultativos y Adicionales se organizarán en sección especial, con contabilidad y administración de fondos separada de la correspondiente a los Seguros Obligatorios.

El Instituto elaborará un balance actuarial relativo a los Seguros Facultativos y Adicionales, individuales o de grupo, en los términos y plazos fijados para la formulación del balance actuarial de los Seguros Obligatorios.

CAPITULO III

RECUPERACION DE LOS IMPORTES POR ATENCION MEDICO-HOSPITALARIA PROPORCIONADA A PERSONAS NO DERECHOHABIENTES.

III.1. PACIENTES NO DERECHOHABIENTES

- A) CASOS ESPECIALES (EXTRANJEROS)**
- B) QUE HAN RECIBIDO ATENCION MEDICO-HOSPITALARIA, SERVICIO MEDICO DE URGENCIAS.**
- C) ELABORACION Y TRAMITE DE LAS CARTAS DE OBLIGACION DE PAGO**

III.2. FORMAS DE LIQUIDAR LAS CARTAS DE OBLIGACION DE PAGO

- A) FACULTADES DEL H. CONSEJO TECNICO**
- B) PAGO TOTAL DE LAS CARTAS DE OBLIGACION DE PAGO**
- C) PAGO PARCIAL DE LAS CARTAS DE OBLIGACION DE PAGO**
- D) CUANDO EXISTE NEGATIVA DE PAGO DEL IMPORTE TOTAL DE LA CARTA DE OBLIGACION DE PAGO.**
- E) CUANDO EL RESPONSABLE DE LA CARTA DE OBLIGACION DE PAGO SE DECLARA INSOLVENTE.**
- F) CUANDO EL IMPORTE TOTAL DEL ADEUDO ES MAYOR A 50 VECES EL SALARIO MINIMO DIARIO DEL DISTRITO FEDERAL.**

III.1. PACIENTES NO DERECHOHABIENTES.

La atención a quien no demuestre ser derechohabiente, entendiéndose por este a toda la población protegida, en los términos de la Ley que crea y organiza el Seguro Social conforme a cada institución, son las personas favorecidas, en su haber, con un derecho legalmente consignado; únicamente procederá en casos de servicio médico de urgencia entendiéndose por este:

" Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se generan para resolver padecimiento que pongan o puedan poner en peligro la vida de una persona a efecto de lograr su estabilidad".

A) CASOS ESPECIALES (EXTRANJEROS)

En el artículo 33° Constitucional dispone:

" Son extranjeros los que no posean las calidades determinadas en el artículo 30.

Tienen derecho a las garantías que otorga el Capítulo I, título primero, de la presente Constitución; pero el Ejecutivo de la Unión tendrá la facultad exclusiva de hacer abandonar el territorio nacional, inmediatamente y sin necesidad de juicio previo, a todo extranjero cuya permanencia juzgue inconveniente.

Los extranjeros no podrán, de ninguna manera, inmiscuirse en los asuntos políticos del País".

Podemos concluir que son extranjeros aquellas personas que nazcan fuera del territorio mexicano.

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, se incluyen los casos de Extranjeros cuya estancia en el país sea transitoria y a los cuales se les denomina Extranjeros no inmigrantes.

La Ley General de Población, en su artículo 42º, establece :

" Por no inmigrante debe considerarse al Extranjero que con permiso de la Secretaría de Gobernación se interna temporalmente en el país; como Turista, cuando su permanencia sea por máximo de seis meses; como Tranamigrante con permanencia hasta por 30 días; como Visitante, para ejercer alguna actividad lucrativa o no; por un lapso prorrogable una vez de seis meses; como Consejero; para asistir a asambleas o sesiones de administración , hasta por seis meses; como Asilado Político, para proteger su libertad o su vida; como Estudiante, para iniciar, completar o perfeccionar estudios en planteles oficiales o particulares incorporados; como Visitante Distinguido, con permisos de cortesía, hasta por seis meses; como Visitantes Locales, a puertos marítimos o ciudades fronterizas, por 3 días ; como Visitante Provisional, en puertos de mar o aeropuertos Internacionales, hasta por 30 días, por carencia de documentación con requisito secundario.

Para proporcionar atención médica-hospitalaria, el Instituto Mexicano del Seguro Social a pacientes extranjeros no inmigrantes, deberá elaborarse Carta de Obligación de Pago, previa solicitud y obtención de documentos migratorios y de un depósito equivalente a 300 dólares a la cotización del día, a cuenta de los servicios que se vayan a proporcionar, expidiendo recibo de depósito en todos los casos.

Los Extranjeros no Inmigrantes, deben proporcionar los documentos migratorios que avalen su legal estancia en el país; de no ser presentados, la Dirección de la Unidad Médica de que se trate, dará aviso inmediato a las autoridades competentes de la Secretaría de Gobernación .

El requerimiento deberá efectuarlo el Administrador de la Unidad Médica o Subdirector Administrativo, y la constitución del depósito deberá realizarse ante cualquiera de estos dos funcionarios.

B) QUE HAN RECIBIDO ATENCION MEDICO-HOSPITALARIA, SERVICIO MEDICO DE URGENCIAS.

En el Diario Oficial de la Federación, de fecha 26 de Junio de 1992, se publicó la Norma Técnica num. 358 para la prestación de Servicios de Atención Médica de Urgencias y Cuidados Intensivos.

En el Capítulo I, de las Disposiciones Generales, en su artículo 1º establece

Está Norma técnica tiene por objeto uniformar los criterios de funcionamiento para que las unidades móviles terrestres de atención médica otorguen un servicio oportuno y eficaz en el lugar de los acontecimientos al realizar acciones de diagnóstico y tratamiento de primera intención, así como prestar el servicio prehospitalario estabilizando los casos médicos agudos para su traslado a una área resolutiva.

En su artículo 2º, establece:

Esta Norma Técnica es de observancia obligatoria para todas las unidades móviles terrestres de atención médica de urgencias y cuidados intensivos, de los sectores público, social y privado del territorio nacional.

Su aplicación y vigilancia corresponde a la Secretaría de Salud y a los Gobiernos de las Entidades Federativas en sus respectivos ámbitos de competencia.

El Servicio Médico de Urgencias, deberá ser proporcionado a personas no derechohabientes cuando el caso lo amerite, en forma gratuita y sin expedir Carta de Obligación de Pago.

Debemos entender por Servicio Médico de Urgencias, todos los procedimientos, diagnósticos y terapéuticos que se generen para resolver el padecimiento que esta poniendo o puede poner en peligro la vida del paciente y que con ello se obtenga una estabilidad; tal que permita su movilización y traslado fuera del servicio, es decir; ya sea a otra unidad de servicio médico, o a su domicilio, o bien de no ser posible, realizar su hospitalización en la misma unidad, o bien en otra unidad institucional.

Todas las Unidades del Seguro Social están preparadas con los elementos necesarios para proporcionar Servicio Médico de Urgencias.

Las Instrucciones generales dictadas por las autoridades del Instituto prescriben:

" Que toda persona que solicite un Servicio Médico de Urgencias, deberá ser atendida, tenga o no derecho al servicio y este o no adscrita a la unidad".

La necesidad de prestar auxilio oportuno y la trascendencia decisiva de una intervención eficaz en estos casos, ha motivado que las instrucciones específicas señalen que es "obligatorio" para el personal de las unidades , prescindir de los trámites administrativos comunes o de rutina.

Así mismo se previene que la presunción de urgencia se basará en la opinión del solicitante o de sus familiares, corroborada por el estudio clínico del enfermo.

En caso de necesitar hospitalización, se lleva a cabo el procedimiento correspondiente a las Cartas de Obligación de Pago; estableciendo lo anterior el Manual de Procedimientos para la recuperación de los importes por Atención Médica Hospitalaria proporcionada a pacientes no derechohabientes.

C) ELABORACION Y TRAMITE DE LAS CARTAS DE OBLIGACION DE PAGO

El Procedimiento que se lleva a cabo en la elaboración de las Cartas de Obligación de Pago, consiste en :

Cuando una persona acude a una Unidad Médica Hospitalaria, y es persona no derechohabiente, se le proporciona el servicio médico de urgencias, al requerir hospitalización se lleva a cabo el trámite de la carta de obligación de Pago, elaborado por el Médico tratante de Servicios de Admisión continua o de urgencias, dictamina y anota en el original y copia de la F.4-30-8 (tránsito de pacientes) que el paciente (supuesto derechohabiente o no derechohabiente) está superando el estado de urgencia y que requiere ser hospitalizado para evitar su agravamiento o muerte, la firma y la turna a la Asistente Médico, quien recibe la F.4-30-8 debidamente requisitada por el Médico Tratante y realiza lo siguiente :

Informa al paciente y/o acompañante, nacional o extranjero no inmigrante, de los requisitos de la Carta de Obligación de Pago como son :

- Los documentos, ya sean credenciales oficiales, o pasaporte en su caso; con los que se compruebe la veracidad de los datos del paciente y/o responsable solidario de pago de la Carta de Obligación de Pago.

- La firma del pagaré de la Carta de Obligación de Pago, (anverso y reverso), con el que se autoriza la hospitalización del paciente, el cual se llenará con el importe de los servicios otorgados, de acuerdo a los costos unitarios que fija el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Además en los casos de pacientes Extranjeros No Inmigrantes, indica la necesidad de hacer un depósito en moneda nacional equivalente a 300 dólares los cuales se entregan en la Subdirección Administrativa (Contraloría) o Administración de la Unidad.

Cuando no se cumple con los requisitos de la Carta de Obligación de Pago, se tramita el alta y/o traslado del paciente a su domicilio o a otro hospital asistencial o privado.

Cuando son aceptados los requisitos de la Carta de Obligación de Pago, es decir cumple con todos ellos, se elabora la Carta de Obligación de Pago en original y tres copias y registra en la libreta de control el número de folio y de los nombres de los responsables del pago (paciente, familiar o acompañante).

La Asistente Médico turna a control de prestaciones o archivo clínico, copias de la Carta de Obligación de Pago y original de la F.4-30-8, con el fin de obtener expediente clínico y continuar con el internamiento hospitalario del paciente con Carta de Obligación de Pago.

También turna copias a la Subdirección Administrativa o Administración de la Unidad; quien recibe el original y la primera copia de la Carta de Obligación de Pago y la archiva en espera de recibir noticias de la presita del paciente, hasta que está se lleva a cabo.

En el caso de pacientes Extranjeros No inmigrantes, recibe también el depósito equivalente a 300 dólares, por el cual extiende recibo de depósito en original y copia; entrega el original del recibo al responsable del pago y guarda en caja fuerte la copia del recibo junto con el importe recibido, hasta la elaboración del finiquito de los Servicios otorgados.

Después la Subdirección Administrativa o administración de la unidad, extrae el original y copia de la Carta de Obligación de Pago y se obtiene :

- La firma y cantidad de servicios proporcionados por el médico tratante.
- El importe total de los Servicios proporcionados hasta el alta del paciente, en base al listado de costos.

- El Registro de datos y faltantes del pagaré correspondiente.

Al dar de alta al paciente se requiere la presencia del responsable de la Carta de Obligación de Pago, para realizar el pago de está.

Los originales y copias de las Cartas de Obligación de Pago en blanco, serán foliados por la Contraloría Delegacional antes de su envío a las Unidades Médicas Hospitalarias, con objeto de llevar un adecuado control de estas formas.

La Contraloría o Administración de la Unidad aplicarán sello de clave presupuestal a cada una de las formas de carta de obligación de pago antes de ser usadas y llevará un control de las mismas.

La forma Carta de Obligación de Pago se requisitará cada vez que sea necesaria la Hospitalización de un paciente cuya vigencia de derechos no haya sido comprobada por el área de Control de prestaciones o archivo clínico, y que se cuente con la presencia de un familiar o persona que se haga responsable del pago.

Para proporcionar atención médica hospitalaria a pacientes extranjeros no inmigrantes, deberá elaborarse Carta de Obligación de pago, previa solicitud y obtención de documentos migratorios y de un depósito equivalente a 300 dólares, a cuenta de los servicios que se vayan a proporcionar, expidiendo recibo de depósito en todos los casos.

Se informará y concederá a la persona que se hace responsable de la Carta de Obligación de Pago , un plazo improrrogable no mayor a la prealta del paciente, para que compruebe la vigencia de derechos del paciente y se suspenda el trámite de cobro de los servicios médicos otorgados.

Será obligación de Control de Prestaciones o Archivo clínico certificar la vigencia de derechos de un paciente de inmediato, y en caso de no contar con información en la unidad , la solicitará a la unidad de adscripción o al servicio de

Afiliación- Vigencia de Derechos de la Delegación o Subdelegación correspondiente, en un plazo máximo de 24 horas.

Todo expediente clínico elaborado a pacientes con Carta de Obligación de pago , invariablemente tendrá glosada la segunda copia de dicho documento y será identificado en parte visible con un sello que diga " Carta de Obligación de Pago.

Cuando un paciente con Carta de Obligación de Pago, Fallezca en algún Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social, ésta se sellará de "Fallecido", se anotará la matrícula y firma del médico tratante y se deberá continuar con el trámite de cobro en contra del responsable solidario de pago que firmó la Carta de Obligación de Pago.

Cuando un paciente, que se considera no derechohabiente, por no tener vigencia de derechos, pero demuestra que ha estado trabajando por cierto tiempo con algún patrón y este, no lo inscribió al seguro social, se realiza una investigación, para fincar un Capital Constitutivo.

En caso de detectar posible Capital Constitutivo, la subdirección administrativa, solicita a Auditoría a Patronos de la Delegación correspondiente que realice visita de verificación con fotocopias de la Carta de Obligación de Pago y comprobantes de pago, para que compruebe si el paciente es o no sujeto de aseguramiento.

En caso de que se le finque el Capital Constitutivo al patrón , este debe pagar los gastos derivados del servicio otorgado al trabajador.

Será responsabilidad de la Tesorería Delegacional la obtención y control de órdenes de ingreso que distribuya a las Unidades Médicas Hospitalarias y al Departamento Delegacional de Servicios Legales de su Circunscripción.

La Carta de Obligación de Pago contiene los siguientes aspectos :

- Datos personales del paciente, como son ; nombre, domicilio, telefono, los datos de una identificación, que debe presentar.

- Si es extranjero no inmigrante; los datos que debe aportar son:

Domicilio en país de origen, ciudad y país, teléfono, datos de los documentos migratorios y de alguna otra identificación que presente.

- Si es asegurado; datos personales, así como la clínica a la que se encuentra adscrito, y número de afiliación ; así mismo los datos del paciente que presenta.

NOTA : En caso de que este espacio se llene, es decir los datos del asegurado, al comprobar su vigencia se cancela automáticamente.

- Datos personales del responsable del pago de la Carta de Obligación de Pago; como son :

Nombre, domicilio y código postal, Nombre de la Empresa donde labora,, dirección y código postal de la misma, ocupación , identificaciones, así como los ingresos y gastos que tiene, propiedades, número de afiliación, parentesco con el paciente.

- Datos de la Hospitalización del paciente: fecha, lugar, hora , nombre, matricula, y firma de la asistente médico.

La Carta de Obligación de Pago en la parte inferior , contiene el compromiso de pago, al cual se obliga el responsable de dicha carta; y establece lo siguiente :

" Los suscriptores de esta carta aceptan pagar al Instituto la cantidad que resulte a su cargo por los servicios médicos recibidos de conformidad con los costos vigentes debidamente aprobados por el Instituto y lo autorizan al llenar el pagaré adjunto con el importe de los mismos, el que suscribe en blanco".

También contiene que los Extranjeros No Inmigrantes renuncian al fuero de su domicilio y se someten expresamente a los Tribunales Competentes de la República Mexicana.

La Carta de Obligación de Pago , viene acompañada de la hoja de valoración de servicios, donde se anota la descripción y costo de servicios; es decir, los días de hospitalización , las consultas otorgadas, intervenciones, sesiones o tratamientos otorgados, y estudios realizados, y los datos del médico tratante.

Ahí mismo se adjunta el pagaré, que es llenado con los datos y la cantidad que resulte de los servicios otorgados.

III.2. FORMAS DE LIQUIDAR LAS CARTAS DE OBLIGACION DE PAGO.

Existen diversas formas de liquidar los importes de las Cartas de Obligación de Pago, en algunas circunstancias se determina la cancelación de éste siendo el responsable de dicho acto, el H. Consejo Técnico.

A) FACULTADES DEL H. CONSEJO TECNICO.

El H. Consejo Técnico, es el representante legal del Instituto Mexicano del Seguro Social, y a su vez el Administrador General.

Está integrado por doce miembros, cuatro designados por los representantes patronales, cuatro designados por los representantes de los trabajadores en la Asamblea General y cuatro representantes del Estado, con sus respectivos suplentes, que durarán en su cargo seis años, pudiendo ser reelectos y revocados por causa justificada.

El Secretario de Salubridad y Asistencia y el Director General, serán siempre Consejeros del Estado, presidiendo este último el Consejo Técnico.

La designación del Director General, será hecha por la Asamblea General.

El Consejo Técnico decide sobre las inversiones de los fondos en reserva del Instituto, establece o suprime las Delegaciones, Subdelegaciones y Oficinas para Cobros de Cuotas Obrero Patronales del Instituto Mexicano del Seguro Social.

También convoca a la Asamblea General, discute y aprueba el presupuesto de ingresos y egresos, así como el programa de acción del Director General; expide los reglamentos internos de labores, concede, rechaza o modifica las pensiones de los asegurados, pudiendo delegar esta facultad.

Nombra y remueve al Secretario General, a los Subdirectores, Jefes de Servicios y Delegados, propone al Ejecutivo Federal las modificaciones del régimen obligatorio así como su extinción; establece los procedimientos para la inspección, cobro de cuotas y otorgamiento de prestaciones.

Autoriza la celebración de convenios para el pago de cuotas; concede el disfrute de prestaciones médicas y económicas en casos excepcionales, así como la condonación de importes por atención médica hospitalaria; autoriza a los Consejos Consultivos Delegacionales, y en su caso resuelve el recurso de inconformidad.

B) PAGO TOTAL DE LOS IMPORTES DE LAS CARTAS DE OBLIGACION DE PAGO.

Cuando se presenta el responsable de pago de la Carta de Obligación, se le informa del importe total de los servicios proporcionados al paciente y del trámite de pago.

Cuando acepta pagar totalmente , se le entrega el pagaré junto con la primera copia de la orden de ingreso pagada, informando al área de hospitalización

que tramite el alta del paciente, archivando en el expediente las copias correspondientes.

Tratándose de Cartas de Obligación de Pago de un paciente Extranjero No Inmigrante que va a cubrir total o parcialmente los gastos de su atención con cheque de viajero, se agregará a la valorización de los servicios el 5% del importe nominal del Cheque; siendo registrado como comisión de trámite bancario.

Al recibir el pago correspondiente, en efectivo y/o en cheque, la Subdirección Administrativa lo envía junto con la orden de ingreso correspondiente el mismo día, o el hábil siguiente de efectuado este,, al Banco, u oficina para cobros o en la Subdelegación correspondiente.

En el caso de paciente Extranjero No Inmigrante , se recibe o devuelve en moneda nacional la diferencia que resulte del importe total de los servicios proporcionados y el depósito resguardado; y se envía el pago junto con la orden de ingreso correspondiente al banco, oficina para cobros , o Subdelegación correspondiente, llevándose a cabo el alta del paciente.

Al realizarse el pago en el Departamento Delegacional de Servicios Legales o bien en la Oficina para cobros de la misma delegación, se extrae y sella de pagado el original y pagaré de la Carta de Obligación de Pago, se desprende el pagaré y se le entrega junto con la primera copia de la orden de ingreso pagada al responsable de la Carta de Obligación de Pago.

Se integra el original de la Carta de Obligación de Pago, sin pagaré, y la tercera copia de la orden de ingreso pagada, al expediente y lo archiva como asunto terminado.

C) PAGO PARCIAL DE LOS IMPORTES DE LAS CARTAS DE OBLIGACION DE PAGO.

Cuando el Responsable de la Carta de Obligación de Pago, acepta pagar en partes, se le informa del importe total de los servicios proporcionados, entonces la Subdirección Administrativa elabora la orden de ingreso en original y tres copias por el primer pago parcial de la carta de obligación de pago, y acta administrativa en original y dos copias, esto solamente se hace en caso de primer pago parcial.

Al recibir el pago correspondiente en efectivo y/o en cheque se envía junto con la orden de ingreso correspondiente el mismo día, o el hábil siguiente de efectuado éste, al Banco, Oficina para Cobros o Subdelegación que le corresponda.

Hecho el primer pago parcial de la Carta de Obligación de Pago, se entrega al responsable del pago, las primeras copias de la orden de ingreso pagada y del Acta Administrativa, así se informa al área de hospitalización que se tramité el alta del paciente.

En las Unidades Médico Hospitalarias expedidoras de la Carta de Obligación de pago, la Subdirección Administrativa o Administración de la Unidad recibirá y tramitará el pago del importe total o el primer parcial a la prealta del paciente, o bien dentro de los 15 días posteriores al alta del paciente cuando se haya declarado insolvencia circunstancial en la prealta.

La Subdirección Administrativa elabora oficio-solicitud de Recuperación o cancelación de importes de Cartas de Obligación de Pago, en original y dos copias, así como la relación de envío de Documentos, copias de Actas Administrativas y/o las terceras copias de ordenes de ingreso pagadas y/o las primeras copias de Dictámenes Socio-económicos preliminares.

Al realizarse el primer pago del importe de la Carta de Obligación de Pago, el expediente pasa a la Delegación correspondiente, donde se celebrará un convenio

entre las partes (deudor y el Instituto) , sobre la forma en que se ha de liquidar el importe total del adeudo contraído.

El Departamento Delegacional de Servicios Legales, entrega al Responsable de la Carta de Obligación de pago , la primera copia de la orden de ingreso pagada y le informa del importe y fecha de vencimiento del siguiente pago parcial, de acuerdo al convenio celebrado con anterioridad.

El Departamento Delegacional de Servicios Legales, integrará las copias correspondientes a las ordenes de ingreso pagadas, anexándolas al expediente y archivándolas en espera de los pagos subsecuentes, hasta su total liquidación.

D) CUANDO EXISTE NEGATIVA DE PAGO DEL IMPORTE TOTAL DE LA CARTA DE OBLIGACION DE PAGO.

Quando el responsable de la Carta de Obligación de Pago, se niega a pagar el importe de esta ; la Subdirección Administrativa o Administración de la Unidad, elabora en original y dos copias Acta Administrativa de Negativa de pago del importe total de la Carta de Obligación de Pago y solicita a Trabajo Social que elabore con la tercera copia de la Carta de Obligación de Pago, el dictamen Socio-económico preliminar de el o los responsables de pago de la Carta de Obligación de Pago.

En el caso de Extranjeros no Inmigrantes, no se requerirá dictamen Socio-económico preliminar ; únicamente fotocopias del pasaporte u otras identificaciones.

El Dictamen Socio-económico que se realiza al responsable de la Carta de Obligación de Pago, contiene :

Datos de identificación :

- 1.- Número del Dictamen de la Carta de Obligación de Pago , y fecha.
- 2.- Nombre del responsable del pago
- 3.- Nombre del paciente

Datos complementarios :

- 4.- Monto del ingreso mensual del responsable de pago, así como el monto del ingreso familiar del mismo.
- 5.- Monto del Egreso Mensual de la familia del Responsable de pago
- 6.- Número de miembros de la familia del responsable de pago
- 7.- Número de miembros que no aportan dinero, a la familia.

Declaraciones del responsable del pago.

En esta área del dictamen ,se realizan preguntas al responsable de pago, acerca , de si es una persona solvente, parcialmente solvente, o insolvente; así como la forma en que quiera o pueda efectuar el pago total del adeudo; en pagos parciales hasta un año, o bien se niega a cubrir su adeudo.

La trabajadora social debe dar su opinión profesional, en relación a la actitud y disposición del responsable hacia el pago de su adeudo; en relación también de la capacidad económica que pueda tener; en relación a la forma de pago más adecuada para el caso; contiene también el nombre y firma de la trabajadora social.

El Acta Administrativa de negativa de pago del importe total de servicios otorgados por concepto de cartas de obligación de pago, contiene :

El nombre de la unidad expedidora del acta, el número del acta administrativa, así como de la carta de obligación de pago también.

- La hora y fecha de cuando se lleva a cabo la realización del acta administrativa, seguido del siguiente texto ; los que firmamos hacemos constar la

negativa de pago del importe total de los servicios otorgados suscritos en la carta de obligación de pago con número respectivo, y con la fecha exacta.

- Nombre y domicilio del paciente, y nombre y domicilio del responsable, que firmo el pagaré, por la cantidad correspondiente.

- El paciente y/o el responsable, declara su inconformidad, u otra razón por la cual existe negativa de pago.

La Subdirección Administrativa o Administración de la unidad, envía al Departamento Delegacional de Servicios Legales de la Delegación que corresponda al domicilio del responsable de pago de la Carta de Obligación de Pago, los siguientes documentos:

- Oficio Solicitud de recuperación o cancelación de importes de Cartas de Obligación de pago, en original y dos copias.

- Relación de envío de documentos, en original y dos copias, junto con documentos ya clasificados como son:

- a) Originales de Carta de Obligación de pago, con pagarés debidamente requisitados.
- b) Originales de Actas Administrativas.
- c) Fotocopias de pasaporte u otras identificaciones, en su caso.
- d) Originales de Dictámenes Socio-económico preliminares.
- e) Fotocopias de las segundas copias de las ordenes de ingreso del primer pago parcial, si este existe.

Al recibir la Delegación, firma y sella de recibido en el Departamento Delegacional de Servicios Legales.

El Departamento Delegacional de Servicios Legales, recibe de la unidad expedidora de la Carta de Obligación de Pago, todos los documentos respectivos de cada caso.

En cualquier circunstancia que se presente de las ya mencionadas anteriormente, el Departamento Delegacional espera que se presente el responsable de pago de la Carta de Obligación de Pago, de acuerdo a la fecha señalada en el Acta Administrativa.

Cuando el responsable de la Carta de Obligación de Pago no se presenta, el Departamento Delegacional de Servicios Legales, envía un primer telegrama para que se presente a pagar el adeudo.

En caso de que no se presente, se le enviará un segundo telegrama a los 10 días después del primero y esperará 5 días más y si no se presenta, el Departamento Delegacional extrae el expediente analizándolo y evalúa el caso en función de :

- El importe total del adeudo de la Carta de Obligación de Pago.
- El dictamen Socio-económico preliminar.
- y otros elementos que se tengan para la Integración total del expediente.

Si el caso lo amerita, obtiene de Trabajo Social de la Unidad Médica más cercana al domicilio del responsable de pago de la Carta de Obligación de Pago, el dictamen Socio-económico integral a través de la visita de campo correspondiente.

Al tener integrado el expediente, se continúa con el procedimiento ante los tribunales judiciales correspondientes, en la Vía Ejecutiva Mercantil.

Cuando el responsable de la Carta de Obligación de Pago, se presenta y acepta pagar el importe total del adeudo, se sigue el procedimiento al cual ya hice referencia anteriormente en los puntos de pago total y parcial respectivamente.

Los responsables de pago de la Carta de Obligación de Pago, que pertenezcan a otra Delegación, invariablemente deberán pagar los servicios médicos otorgados en la unidad que se les proporcionó el servicio; en caso

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

contrario se considerará como negativa de pago y se tramitará la cobranza conforme a lo que establece este procedimiento .

El plazo máximo para el pago del importe total de la Carta de Obligación de Pago , que se efectúe en pagos parciales, será de un año a partir de la fecha de expedición de la misma y con la aplicación del 5% mensual de intereses moratorios a partir de la fecha de negativa de pago del importe total de la Carta de Obligación de Pago, que se registre en el acta administrativa, que expide la Subdirección Administrativa.

En el Acta Administrativa de Negativa de Pago, el responsable, se comprometerá a pagar el resto del total del adeudo del pagará en pagos parciales en el Departamento de Servicios Legales de la Delegación correspondiente.

E) CUANDO EL RESPONSABLE DE LA CARTA DE OBLIGACION DE PAGO SE DECLARA INSOLVENTE.

Al presentarse el responsable ante el Departamento Delegacional de Servicios Legales, y se declara insolvente, se extrae el expediente lo analizan y evalúan el caso en función de: el importe total del adeudo, del dictamen Socio-económico realizado, y que cumpla con todos los requisitos establecidos.

El Departamento Delegacional, elabora dictamen de insolvencia y lo integra al expediente, se turna el expediente, de acuerdo al importe del adeudo de la Carta de Obligación de Pago, a la autoridad delegacional facultada de cancelar el adeudo, es decir al H. Consejo Técnico, quien es el encargado de condonar el adeudo, respecto de la situación en que el responsable se encuentra.

Recibido del H. Consejo Técnico, el expediente con el adeudo cancelado, elaborará informe de cancelación en original y copia

En las unidades Médico-Hospitalarias expedidoras de la Carta de Obligación de Pago, la Subdirección Administrativa o Administración de la Unidad, recibirá y tramitará el pago del importe total o parcial a la prealta del paciente, o bien dentro de los 15 días posteriores al alta del paciente cuando se haya declarado insolvente circunstancial en la prealta; es decir, que cuando se realiza el dictamen Socio-económico se comprueba que no existe la insolvencia que el responsable había declarado.

F) CUANDO EL IMPORTE TOTAL DEL ADEUDO ES MAYOR A 50 VECES EL SALARIO MINIMO DIARIO DEL DISTRITO FEDERAL.

En este caso, cuando el responsable del adeudo se presenta, y existe negativa de pago, el Departamento Delegacional de Servicios Legales o el Departamento Contencioso de lo civil y penal de la Jefatura de Servicios legales; presenta ante los Tribunales Judiciales, la demanda correspondiente en la Vía Ejecutiva Mercantil, con base al pagaré , acta administrativa y original de la Carta de Obligación de Pago.

Los Departamentos de Servicios Legales de las Delegaciones del Distrito Federal del Instituto Mexicano del Seguro Social, solicitarán al Departamento Contencioso de lo Civil y Penal de nivel central, que trámite la demanda correspondiente, ya que los primeros no cuentan con esta facultad, enviando el expediente debidamente integrado, informándole al responsable de la Carta de Obligación de pago, del importe a pagar más los intereses de 5% mensual, que se cuantifiquen a la fecha de pago.

Cuando el responsable del adeudo se presenta pero se declara insolvente, se elabora dictamen de insolvencia y lo integra al expediente, y se turna al H. Consejo Técnico para que dictamine sobre la cancelación del adeudo.

La Subdirección Administrativa o Administración de la unidad, al final del mes, elabora en original y copia el volante de codificación del importe total de las Cartas de obligación de pago, expedidas y costeadas en original y copia la relación de envío de Documentos y las envía a Contraloría Delegacional, junto con :

- Las primeras copias de las Cartas de Obligación de Pago, expedidas y costeadas.

- Las primeras copias de las Cartas de Obligación de pago no costeadas, selladas " Con Derechos " y fotocopias de comprobantes.

- La primera copia del oficio solicitud de recuperación o cancelación de importes de Cartas de Obligación de Pago.

- Las segundas copias de las ordenes de Ingreso pagadas.

- Las Cartas de Obligación de Pago, en original y copia, mal requisitadas.

La Contraloría Delegacional correspondiente, recibe mensualmente de las contralorías o Administraciones de las unidades médicas de su circunscripción :

- Original del volante de codificación por el total de cartas de Obligación de pago expedidas y costeadas, y realiza su registro contable .

- Los documentos de respaldo de dicho volante , ya mencionados anteriormente, y realiza registro contable en auxiliares.

El Departamento Delegacional de Servicios Legales, al final del mes envía a la Contraloría Delegacional correspondiente para que realice su registro contable :

- Segundas copias de las órdenes de ingreso pagadas.

- Informe de cancelación de la Carta de Obligación de Pago , en su caso.

Recibe de la Contraloría Delegacional correspondiente copia del Oficio-solicitud de envío de documentos para registro contable con firma y/o sello de recibido; afecta su control interno y lo archiva.

Recibe del Departamento de Servicios Legales de su delegación los documentos mencionados anteriormente, y realiza su registro contable.

Recupera los originales de las órdenes de ingreso pagadas de las Cartas de Obligación de Pago, cobradas en otras delegaciones y realiza registro contable.

Concilia, del listado mecanizado, la cuenta contra los documentos mencionados anteriormente .

Comunica a las unidades médicas remisoras de las Cartas de Obligación de Pago, el resultado de la conciliación, a fin de que se adopten las medidas necesarias hasta lograr el cobro correspondiente.

CAPITULO IV

MODIFICACIONES AL PROCEDIMIENTO DE LAS CARTAS DE OBLIGACION DE PAGO

IV.1. ELABORACION Y TRAMITE DE LAS CARTAS DE OBLIGACION DE PAGO.

IV.2. DEL COBRO DEL SERVICIO.

IV.3. DEL PROCEDIMIENTO DE CANCELACION Y COBRO JUDICIAL.

**IV.4. LA COMISION NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS Y
EL ARTICULO 4° CONSTITUCIONAL.**

IV. MODIFICACIONES AL PROCEDIMIENTO DE LAS CARTAS DE OBLIGACION DE PAGO.

Las Modificaciones realizadas al Procedimiento de las Cartas de Obligación de Pago, dentro de el "Manual de procedimientos para la recuperación de los importes por atención Médico-Hospitalaria proporcionada a pacientes no derechohabientes", se llevaron a cabo, el 11 de marzo de 1993.

Dichas modificaciones se llevaron a cabo, con el propósito de hacer más eficaz el cobro de los importes por atención médica proporcionada a personas no derechohabientes que suscriben cartas de obligación de pago, se hace necesario modernizar y actualizar el procedimiento relativo a la elaboración, trámite y forma de pago de los importes de tales atenciones.

IV.1. ELABORACION Y TRAMITE DE LAS CARTAS DE OBLIGACION DE PAGO.

La atención a quien no demuestre ser derechohabiente únicamente procederá en casos de Servicio Médico de Urgencias, del cual ya hable en Capítulos anteriores.

En el momento de la admisión del paciente en cuyo caso la vigencia de derechos no este comprobada, la asistente de la unidad médica, deberá elaborar la Carta de Obligación de Pago, adjuntando el pagaré que firmará el paciente, así como el aval, que será la persona que acepte fungir en la carta obligación como responsable solidario del pago.

Dicho pagaré contiene :

- La cantidad a pagar , por el total de los servicios recibidos.
- Fecha a pagar el importe total.

- A la orden del Instituto Mexicano del Seguro Social.

- Estipula que en caso de mora, por parte del responsable de la carta de obligación de pago; dicho Título causara un interés del 3% mensual hasta su total liquidación, sin que por ello se considere prorrogado el plazo.

- La fecha en que se realiza el pagaré.

- Nombres y firmas, tanto del paciente, como del aval.

De no existir en el momento de la admisión responsable solidario, se solicitará exclusivamente la firma del paciente.

La Jefatura de Trabajo Social, obtendrá en la primera oportunidad la suscripción del documento por parte del responsable solidario , ya sea un familiar o alguna amistad del paciente .

Los datos personales del paciente y del responsable solidario deberán proporcionarse "BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD", conscientes de los ilícitos en que pueden incurrir al proporcionar información falsa.

Ante la imposibilidad física momentánea del paciente de firmar y dar sus datos personales, el área responsable deberá esperar a la primera oportunidad , para solicitar la firma tanto del paciente como del responsable solidario.

La comprobación de la Vigencia de Derechos, se lleva a cabo dentro del término de las 72 horas siguientes a la internación del paciente, la Jefatura de Trabajo Social , se hará responsable de que se practique el estudio Socio-económico correspondiente al paciente y al obligado solidario, a fin de que se comprueben sus datos personales.

Asimismo, deberá entrevistarse a dos personas señaladas como referencias del paciente, interrogando a estas últimas sobre los datos proporcionados.

La hoja de informes rendidos por las personas señaladas para proporcionar referencias del paciente, contiene :

- El nombre, domicilio, ciudad o población del paciente.

- El objeto de la entrevista que se realiza, que es confirmar los datos personales del paciente .

- Así como el nombre y dirección del hospital en donde se encuentra el paciente, y la fecha.

- A) Nombre de la persona a quien se entrevista, donde manifiesta que conoce al paciente, tiene que indicar desde que tiempo la conoce y tiene que proporcionar, dirección, lugar de trabajo, edad, Estado Civil, si el paciente es una persona solvente, o insolvente.

- B) Nombre de la segunda persona a quien se entrevista y se le realizan las mismas preguntas anteriores.

- Y por último la firma por parte de Trabajo Social.

En el supuesto de que los datos no sean correctos o exista información dudosa o contradictoria, la Jefatura de Trabajo Social, procederá de inmediato a solicitar al paciente la aclaración de los puntos irregulares, debiendo confirmarlos a más tardar dentro de las 24 horas siguientes y rindiendo el informe relativo al Director de la Unidad Médica de inmediato, teniendo como límite las 24 horas siguientes a la comprobación de los mismos.

A más tardar el día siguiente a aquel en que se realice el estudio socio-económico y se corroboren los datos anteriores, la Jefatura de Trabajo Social deberá rendir el informe conducente al Director de la unidad médica, a efecto de que se realice la valoración correspondiente y se tenga lista al momento de la alta del paciente.

Al paciente que manifieste ser derechohabiente, de manera directa o por conducto del responsable de pago solidario, se le concederá un plazo

improrrogable de 2 días hábiles para que compruebe la vigencia de sus derechos ante control de prestaciones o archivo clínico de la unidad médica, como ya se explico anteriormente.

La Jefatura de Trabajo Social, proseguirá mientras tanto, con el estudio socio-económico y la investigación de datos personales.

Una vez comprobado el derecho a la atención médica, control de prestaciones de la unidad médica, procederá de inmediato a certificar la vigencia de derechos del paciente.

Cuando el control de prestaciones, no cuente con elementos de vigencia, está dependencia solicitará a la Delegación la información para su verificación inmediata por vía de teletipo, telegrama o teléfono .

La Delegación deberá de contestar al día siguiente, de que la unidad médica le pida la información.

Si se comprueba la vigencia de derechos se cancelara todo trámite relacionado con la Carta de Obligación de Pago.

En caso de fallecimiento del paciente, en algún Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social, se deberá continuar con el trámite de cobro de la Carta de obligación de Pago, en contra del responsable solidario.

En el caso de Extranjeros no Inmigrantes, les será requerido un depósito en moneda nacional equivalente a trescientos dólares americanos, además de solicitarles la presentación de documentos migratorios que avalen su legal estancia en el País.

De no ser presentados, la Dirección de la Unidad Médica de que se trate, dará aviso inmediato a las autoridades competentes de la Secretaría de Gobernación .

El requerimiento deberá efectuarlo el Administrador de la Unidad Médica o Subdirector Administrativo y la constitución del depósito deberá realizarse ante cualquiera de estos dos funcionarios, de acuerdo a lo que establece el Manual de procedimientos para la recuperación de los importes por atención médico-hospitalaria proporcionada a pacientes no derechohabientes, en su artículo 4º, emitido por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

IV.2. DEL COBRO DEL SERVICIO.

Las Cartas de Obligación de Pago, deberán foliarse en orden consecutivo por parte de la Contraloría Delegacional o el Centro de Información de la Unidad Médica que llevarán al respecto dos controles :

- Uno de recepción y
- Otro para su cobro.

El costo de los servicios otorgados a no derechohabientes, deberán cuantificarse con base en el listado de costos y metas que emite la Contraloría General.

En caso de resultar insolvente el paciente y deudor solidario, deberá enviarse la documentación a la Jefatura de Servicios Jurídicos Delegacionales, a efecto de que solicite ante el H. Consejo Técnico o Consejo Consultivo Delegacional, según el caso, la cancelación del crédito respectivo.

Al darse de alta al paciente antes de abandonar la Unidad Médica, el Administrador de la unidad o subdirector Administrativo deberá requerirlo para que pague las prestaciones otorgadas, ya sea de contado, con tarjeta de crédito, o mediante cheque o en parcialidades documentadas mediante un pagaré adjunto a la Carta Obligación, debidamente suscrito por el paciente y deudor solidario, determinándose un interés sobre el costo de las atenciones del 3% mensual.

En caso de pago, los funcionarios mencionados anteriormente; invariablemente elaborarán la orden de ingreso respectiva.

En caso de que el paciente proponga pagar las atenciones mediante cheque o pagaré, se procederá conforme a lo siguiente :

Cuando el pago se realiza con cheque; se tomarán dentro de las 48 horas de su suscripción a la Delegación, y esta deberá presentarlos para su cobro a más tardar el día siguiente al que los reciba.

De existir fondos y cubrirse su importe por el Banco respectivo, se procederá a dar por terminado el expediente relativo a la Carta de Obligación, suscrita por el obligado y responsable solidario.

Al existir insuficiencia de fondos debidamente certificada por la Institución de Crédito respectiva, deberá remitirse la documentación respectiva a la Jefatura de Servicios Jurídicos Delegacionales que corresponda, dentro de las 48 horas siguientes para proceder conforme a Derecho.

Cuando se realizan pagares; se tomarán dentro de las 48 horas a la Delegación y está deberá presentarlos por conducto de la Jefatura de Servicios Jurídicos y Seguridad en el Trabajo, para su liquidación en la fecha de su vencimiento.

En caso de que no se cubra el importe del pagaré deberá remitirse el título de crédito referido a la Jefatura de Servicios Jurídicos Delegacionales para que actúe en términos de Ley

IV.3. DEL PROCEDIMIENTO DE CANCELACION Y COBRO JUDICIAL.

La cancelación se lleva a cabo de la siguiente manera; recíbida la documentación por parte de la Jefatura de Servicios Delegacionales, el titular,

dentro de un plazo máximo de tres días procederá en caso de que los responsables sean insolventes, a la cancelación del adeudo.

Para tal efecto compete al Consejo Consultivo Delegacional, autorizar cancelaciones hasta por el equivalente a dos veces el importe anual del salario mínimo vigente en el Distrito Federal; si se rebasa ese importe la autorización la deberá conceder el H. Consejo Técnico del Instituto.

El cobro Judicial se lleva a cabo; al recibir la documentación correspondiente así como el título de crédito respectivo, el titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos Delegacionales, procederá conforme a las bases siguientes; establecidas en el artículo 6° del Manual de Procedimientos para la recuperación de importes por atención médico-hospitalaria proporcionada a pacientes no derechohabientes :

- Dentro de los 15 días siguientes a su recepción deberá formularse demanda, ejercitando la acción cambiaria directa en contra de los obligados.

- Admitida la demanda y despachada ejecución en contra de los deudores, deberá procederse a embargar bienes suficientes para garantizar el adeudo y accesorios legales, siguiendo el trámite conducente hasta obtener sentencia de remate.

- El pago del importe de los títulos de crédito podrá efectuarse en forma parcial con aplicación de los intereses moratorios correspondientes sobre saldos insolutos.

- El plazo máximo para el pago del importe total de las Cartas de Obligación, efectuado en parcialidades, será de un año a partir de la fecha de suscripción de la misma.

- La falta de pago de dos mensualidades, originará que dentro de los 15 días siguientes a la exigibilidad de la segunda mensualidad se continúe con el procedimiento judicial hasta rematar los bienes embargados y cobrar el saldo del adeudo en favor del Instituto.

Los pagos por cartas obligación podrán efectuarse en una Delegación distinta a donde se hayan otorgado los servicios médicos hospitalarios, siempre y cuando correspondan al domicilio del responsable del pago.

Si los datos proporcionados por el paciente u obligado solidario, o en su caso las aclaraciones formuladas por estas personas resultaren falsos, se tomarán a la Jefatura de Auditoría Interna del Instituto para que determine si se cumplió con la normatividad del Manual de Procedimientos para la Recuperación de Importes por Atención Médico-Hospitalaria proporcionada a pacientes No Derechohabientes.

Aquellos casos que no se consideren padecimiento urgente, pero puedan poner en peligro la vida de la madre o del producto por nacer, se aplicará el procedimiento antes indicado, con la salvedad de que de inmediato deberá obtenerse la firma del pagaré de tarjeta bancaria o del pagaré título de crédito, aunque no se determine el importe de la atención médica proporcionada, confirmándose el mismo día los datos personales de la manera más prudente y eficaz.

IV.4. LA COMISION DE DERECHOS HUMANOS Y EL ARTICULO 4º CONSTITUCIONAL.

La Comisión de Derechos Humanos, establece que existen diferentes Instituciones de Servicios Médicos, que tienen obligación de brindar tanto atención médica; como protección a la salud a las personas que como en nuestro tema, no pertenecen al Seguro Social.

Asimismo, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), tiene oportunidad de remitir a aquellas personas que tengan derecho a otra institución como; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado

(ISSSTE), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), y a la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

De esta manera el Instituto Mexicano del Seguro Social puede evitarse en parte este tipo de erogaciones en su presupuesto económico; es decir los importes que resulten de las atenciones proporcionadas a personas que tengan derecho a otro servicio médico, ya que en la actualidad, tanto nuestro país como los diferentes sectores y dependencias que lo integran pasan por una situación económica difícil.

Es por eso que la Comisión Nacional de Derechos Humanos, se refiere a los diferentes Organismos de Servicios Médicos que existen y que se encargan de la atención y protección a la salud de las personas que lo requieran.

El 3 de Febrero de 1983, se publicó en el Diario Oficial de la Federación una reforma a la Constitución para añadir un nuevo tercer párrafo al artículo 4º que literalmente señala :

" 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 73º de nuestra Constitución ".

Que a la letra dice ; artículo 73º .- El Congreso tiene facultad :

XVI.- Para dictar Leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización , colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República:

1º El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país;

2º En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República;

3º La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país;

4º Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenen al individuo o degeneran la especie humana así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión en los casos que le competan; "

Con esta reforma, México seguía la línea de los Organismos Internacionales en la materia, en 1981 en la reunión llevada a cabo en Alma Ata, habían fijado la ambiciosa meta " Salud para todos en el año 2000".

Normas similares existen en todas las Constituciones del ámbito Latinoamericano, al igual que ocurre con diversos instrumentos Internacionales, como es el caso del Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales de la Organización de las Naciones Unidas, adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 16 de Diciembre de 1966, en cuyo artículo 12 señala :

" Los Estados que forman parte en el presente pacto, reconocen el derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud, tanto física como mental".

De modo que con la reforma Constitucional antes mencionada, México da cumplimiento a la obligación relacionada con dicho pacto.

El derecho a la salud, como derecho humano que es, tiene como antecedentes directos a los Seguros Sociales gremiales, a la Asistencia Social y a

la Seguridad Social; y como claro objetivo la preservación, protección y promoción de la salud física y mental, de todos los individuos.

Así el protocolo adicional a la convención americana en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales," Protocolo de San Salvador", del 17 de Noviembre de 1988, firmado en México, señala en su artículo 10º :

" Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social."

Se identifica así la salud como un estado de bienestar general, que implica en sí, todos los demás derechos sociales, económicos y culturales : educación, vivienda, trabajo, salario, nivel de vida, alimentación, desarrollo, etc., e incluso el ocio.

Este concepto resulta un estupendo marco de acción para los organismos internacionales en el campo de la salud, dificulta o incluso imposibilita la adecuada positividad en los sistemas jurídicos nacionales del derecho a la salud como verdadero derecho.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos, establece el derecho a la protección a la salud.

El derecho de atención y protección a la salud en México presenta diversas modalidades, cuyo estudio nos permite mostrar sus virtudes, sus deficiencias y las soluciones procedentes.

Nuestra Constitución prevé explícitamente el derecho a la salud, en sus artículos 4º, 73º y 123, este derecho sólo es efectivo de manera temporal dentro de las Instituciones de Seguridad Social y en los Seguros Privados, en los cuales sí existe una obligación correlativa al derecho de la atención y protección de la salud.

En las Instituciones públicas y privadas asistenciales, la obligación se torna en una facultad potestativa, como ha quedado de manifiesto en las resoluciones de

la propia Suprema Corte ante amparos interpuestos con fundamento en el artículo 4º Constitucional.

En este sentido, el derecho de protección a la salud en México se enmarca dentro del Sistema de Asistencia Social y en el esquema de la Seguridad Social.

Las características generales de la Asistencia y la Seguridad Social, serán determinadas para ubicar el Sistema Jurídico Mexicano de Protección a la Salud, el cual tiene diversas modalidades, en virtud de que participan en él, Instituciones de carácter público complementadas con las de carácter social y privado.

Participan en el Sistema Jurídico de Protección a la salud en México, como Instituciones Públicas, el Gobierno Federal, a través de la Secretaría de Salud y el Sistema Nacional de Salud, en coordinación con los sistemas estatales y municipales de salud, cuyo financiamiento se hace principalmente con recursos fiscales.

Las Instituciones de carácter social que participan en el sistema por lo general son financiadas por cuotas obrero-patronales y gubernamentales, y están constituidas por diversas instituciones de Seguridad Social, destacando entre ellas el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), los institutos y direcciones de pensiones de las diferentes entidades federativas, Municipios y del Departamento del Distrito Federal.

El Sistema se complementa además con las Instituciones privadas de Salud y los correspondientes seguros para quienes tienen capacidad económica para el pago de primas o el pago directo de servicios de salud.

MARCO JURIDICO NACIONAL DEL DERECHO A LA SALUD.

En nuestro país, la normatividad específica para la defensa del derecho a la salud se encuentra, en la Constitución Política Mexicana, y en la Ley General de

Salud, La Ley General del Trabajo y la Ley General del Equilibrio Ecológico y Protección al ambiente.

De acuerdo con el artículo 4º Constitucional, " Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud..."

En la Ley General de Salud, el artículo 51 señala que los usuarios de los servicios de salud tendrán derecho a :

- a) Obtener prestación de salud oportuna y de la calidad idónea.
- b) Recibir atención profesional y éticamente responsable.
- c) Recibir un trato digno por parte de los trabajadores de salud.
- d) Manifestar sus inconformidades con respecto a la prestación de los servicios de salud.

Esta misma Ley establece los criterios médico-legales que se utilizarán para considerar a cada patología como enfermedad transmisible, laboral o profesional, así como los procedimientos y las responsabilidades gubernamentales o profesionales para su notificación, seguimiento, vigilancia, evaluación y control sanitario.

La Ley General del Equilibrio Ecológico y Protección al ambiente, especifica las responsabilidades de las Secretarías de Salud y Desarrollo Social, entre otras, en la vigilancia y control de los procesos de deterioro del ambiente y su impacto sobre la salud humana.

La Ley Federal del Trabajo, menciona los derechos laborales de los que todo trabajador dispondrá para el desempeño de sus actividades en un ambiente digno, sano y agradable, donde disponga de los medios adecuados para proteger su vida y prevenir las enfermedades, fomentando su salud física y mental.

La importancia de estos documentos radica en el establecimiento de la responsabilidad de los servidores públicos y profesionales encargados de la prestación de servicios médicos, y tipifican los delitos derivados de negligencia profesional y negación de atención médica. (19)

SISTEMA NACIONAL DE PROTECCION A LA SALUD.

El Sistema Nacional de Salud, tiene como objetivos los siguientes :

- Poporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas.

- Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país;

- Colaborar al bienestar social de la población, mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en el estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social.

- Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez;

(19) COMISION NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS. Revista Actuación del Médico ante la violación de los Derachos Humanos. Junio de 1990 a Junio de 1992. Pág. 24-25

- Apoyar al mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida;

- Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud;

- Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección;

- Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos a la salud.

El fundamento jurídico del Sistema, lo constituye principalmente el artículo 4º Constitucional y la Ley General de Salud.

En forma complementaria se integra, además, por la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, la Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal, asimismo, se apoya en los sistemas estatales de asistencia social, las Leyes estatales de salud, las diversas Leyes sobre Seguridad Social, la Ley del Seguro Social, la Ley de Seguridad y Servicios de los Trabajadores al Servicio del Estado, la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas y demás legislaciones sobre Seguridad Social en las Entidades Federativas del País.

El Organismo coordinador del Sistema Nacional de Salud es la Secretaría de Salud, que mediante programas de coordinación, concertación y descentralización, ha extendido sus servicios a todo el país.

En su carácter de coordinadora del Sistema Nacional, corresponden a la Secretaría de Salud las siguientes funciones :

- Establecer y conducir la política nacional en materia de salud, en los términos de las leyes aplicables y de conformidad con lo dispuesto por el Ejecutivo Federal;

- Coordinar los programas de servicios de salud de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos con funciones y programas afines que en su caso, se determinen;

- Impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud.
- Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud que le sea solicitada por el Ejecutivo Federal.
- Determinar la periodicidad y características de la información que deberán proporcionar las dependencias y entidades del sector salud, con sujeción a las disposiciones generales aplicables.
- Coordinar el proceso de programación de las actividades del sector salud, con sujeción a las Leyes que regulen a las entidades participantes;
- Impulsar actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud.
- Promover el establecimiento de un Sistema Nacional de Información Básica en materia de salud.
- Promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud;
- Las demás atribuciones afines a las anteriores que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del Sistema Nacional de Salud, y las que determinen las disposiciones generales aplicables.

La Secretaría de Salud promueve la participación en el Sistema Nacional de Salud de los prestadores de Servicios de Salud de los sectores público, social y privado, así como de sus trabajadores y de los usuarios de los mismos, en los términos de las disposiciones que procedan.

Asimismo, la Secretaría de Salud, en los términos de la Ley, fomenta la coordinación con los proveedores de insumos para la salud, a fin de racionalizar y procurar la disponibilidad de estos últimos.

Los gobiernos de las entidades federativas están coadyuvando en el ámbito de sus respectivas competencias y en los términos de los acuerdos de coordinación que se han organizado en sus respectivas circunscripciones territoriales y sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el Sistema Nacional de Salud.

En la descentralización de los servicios de salud, se han realizado en México diversas acciones; las más importantes son el decreto del 8 de marzo de 1984 y el 24 de Junio de 1985, que crea el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud para la población abierta.

Este último decreto adiciona con el artículo 12 del decreto de marzo de 1984, conforme a este último decreto, los órganos administrativos desconcentrados por territorios, de la Secretaría de Salud, denominados " Servicios Coordinados de Salud Pública", se han ido extinguiendo en forma gradual y progresiva a medida que se va consolidando la descentralización operativa y la integración orgánica de los servicios de salud en cada Entidad Federativa, sustituyéndose por la estructura administrativa que acuerde el gobierno estatal correspondiente.

De ahí en adelante los gobiernos de los Estados se encargarán de la dirección, coordinación y conducción de esos servicios.

La protección a la salud constituye uno de los rubros principales de las Instituciones Públicas de Asistencia Social, así como los Sistemas Estatales y Municipales.

Los Servicios del Sistema Nacional de Asistencia Social, tienen su fundamento jurídico contenido :

- En la Ley del Sistema Nacional de Asistencia Social,
- En la Ley General de Salud,
- En las Leyes sobre Asistencia Social de las Entidades Federativas,

- En las Leyes Estatales de Salud,
- En la Ley del Seguro Social y demás reglamentos y disposiciones sobre la materia.

Mediante el Sistema Nacional de Asistencia Social, se proporcionan servicios muy amplios en todo el país a la población marginada del desarrollo.

Los servicios que otorga el Sistema Nacional están previstos principalmente en la Ley General de Salud, artículo 168, 172, y en la Ley del Sistema Nacional de Asistencia Social, artículo 1º, 12º, 5º, 6º, 7º y demás disposiciones.

De acuerdo con el artículo 168 de la Ley General de Salud, son actividades básicas de Asistencia Social, entre otras :

- La atención a personas que por sus carencias socio-económicas o por problemas de invalidez se ven impedidas para satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo;
- La atención en establecimientos especializados a menores y ancianos en estado de abandono y desamparo e inválidos sin recursos;

La prestación de servicios funerarios.

El artículo 172 establece que el Gobierno Federal contará con un organismo que tendrá entre sus objetivos la promoción de la asistencia social, la prestación de servicios en ese campo y la realización de las demás acciones que establezcan las disposiciones legales aplicables.

Dicho organismo promoverá la interrelación sistemática de acciones que en el campo de la asistencia social lleven a cabo las Instituciones Públicas.

El precepto precedente se relaciona con el artículo 130 de la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social y señala que el organismo a que se refiere

el artículo 172 de la Ley General de Salud se denomina Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

Es un Organismo Público Descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, y tiene como objetivo la promoción de la asistencia social, la prestación de servicios en ese campo y la promoción de la interrelación sistemática de acciones que en la materia lleven a cabo las Instituciones Públicas, así como la realización de las demás acciones que establezcan las disposiciones legales aplicables.

También existe relación con el artículo 168 de la Ley General de Salud, y el artículo 12 de la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.

Este último establece los servicios básicos de salud en materia de asistencia social.

Los servicios de salud en materia de asistencia social que prestan la Federación, los Estados, los municipios y los sectores social y privado forman parte del Sistema Nacional de Salud.

Los servicios de salud en materia de asistencia social que prestan como servicios públicos a la población en general las Instituciones de seguridad social y los de carácter social y privado se seguirán rigiendo por los ordenamientos específicos que les son aplicables, y supletoriamente por la presente Ley.

La presentación de servicios de asistencia social que establece la Ley General de Salud, que sean de jurisdicción federal la realizarán las dependencias del Ejecutivo Federal competentes cada una según su esfera y sus atribuciones, así como las entidades de la Administración Pública Federal y por las Instituciones que tengan entre sus objetivos la prestación de esos servicios, de conformidad con lo que disponen las Leyes respectivas.

De acuerdo a lo dispuesto en la Ley General de Salud, en materia de salubridad general corresponde a los gobiernos de las entidades federativas y a las

autoridades locales, dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales, organizar, operar, supervisar y evaluar las prestaciones de los servicios de salud en materia de asistencia social, con base en las normas técnicas que al efecto expida la Secretaría de Salud.

Cuando el desarrollo social se presenta en forma equilibrada, los contrastes entre los diversos estratos de la sociedad son menos notorios y, en consecuencia, hay menos grupos marginados; sin embargo, lo más frecuente es observar personas con requerimientos de protección social.

La Ley sobre la materia señala en su artículo 4º que son sujetos de la recepción de los servicios de asistencia social, entre otros, los siguientes :

- Menores en estado de abandono, desamparo, desnutrición o sujetos a maltrato;

- Ancianos en desamparo, incapacidad, marginación o sujetos a maltrato;

- Indigentes;

- Personas que por su extrema ignorancia requieran de servicios asistenciales;

- Víctimas de la comisión de delitos en estado de abandono;

- Habitantes del medio rural o urbano marginados que carezcan de lo indispensable para su subsistencia; y

- Personas afectadas por desastres.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia se compone de un patronato, una junta de Gobierno, una Dirección General y un Comisario.

El Patronato está integrado por once miembros designados y removidos libremente por el presidente de la República por conducto del Secretario de Salud.

La Junta de Gobierno se integra por :

- El Secretario de Salud, quien la preside;

- Los titulares de la Secretaría de Gobernación, de Hacienda y Crédito Público, de Programación y Presupuesto, de Educación Pública, del Trabajo y Previsión Social, del Departamento del Distrito Federal, de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal; por los Directores Generales de la Compañía Nacional de Subsistencias Populares, del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, de la Lotería Nacional para la Asistencia Pública, de Pronósticos para la Asistencia Pública y del propio Organismo.

Los miembros de la Junta de Gobierno son suplidos por los representantes que al efecto designen cada uno de los miembros propietarios de la misma.

La Junta de Gobierno cuenta con un Secretario Técnico designado por la misma, a propuesta del Director General.

El Director General es designado y removido libremente por el Presidente de la República.

También se integra a los Organos de Gobierno del DIF el comisario designado por la Secretaría de la Contraloría General de la Federación.

En congruencia con el Sistema Nacional de Asistencia Social se han establecido en todas las entidades de la Federación sistemas estatales y municipales de asistencia social que prestan servicios de salud en forma complementaria en los siguientes rubros :

- Integridad Social y Familiar.
- Asistencia a desamparados.
- Asistencia educacional.

- Rehabilitación Asistencia social alimenticia.
- Protección del desarrollo comunitario.
- Asistencia Jurídica.
- Desarrollo cívico, artístico y cultural.
- Formación y desarrollo de recursos humanos e integración.

Las Instituciones de Seguridad en México participan en forma relevante en la protección a la salud, mediante los seguros de enfermedades profesionales y no profesionales, el seguro de maternidad y el de riesgos de trabajo.

Las Instituciones que brindan este seguro son :

- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
- Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM).

Así como las diversas Instituciones de Seguridad Social de Las Entidades Federativas Municipales del País.

En el seno de las Instituciones de Seguridad Social, el derecho de protección a la salud puede hacerse efectivo, con ciertas limitaciones, ya que el régimen de financiamiento es deficiente y aún subsisten una serie de vicios generados por la gran cantidad de derechohabientes que deben ser atendidos, por un número reducido de médicos y enfermeras.

En las Legislaciones sobre Seguridad Social, ya mencionadas se reglamenta el derecho a la salud, entre otras prestaciones de Seguridad Social.

Los Servicios de salud otorgados por Instituciones privadas dentro del esquema de la Seguridad Social de la población no están sujetas, a una relación de trabajo.

Destacando dentro de estas, los Sanatorios y Hospitales privados, así como las Instituciones de Asistencia o Beneficencia Privadas.

Las Instituciones Privadas participan también en protección de servicios de salud, a cambio de un pago y bajo supervisión de la Secretaría de Salud, como órgano coordinador del Sistema Nacional de Salud.

Colaborando también con el Sistema de Protección a la Salud en México, las Instituciones de Beneficencia y Asistencia privada, dentro de los lineamientos generales de la Legislación aplicable.

Como hemos podido observar, la protección a la salud en México, como en la mayoría de los países Iberoamericanos, la brindan Instituciones diversas de asistencia pública y privada de Seguridad Social.

Algunas de estas instituciones tienen carácter potestativo no obligatorio, situación que provoca que la protección a la salud sea notoriamente limitada.

El llamado derecho a la salud del Constitucionalismo moderno se hace inoperante cuando no existe una obligación correlativa.

Es por eso que el Instituto Mexicano del Seguro Social, se encuentra en la necesidad de remitir a los no derechohabientes a sus Instituciones correspondientes, y en caso de no estar afiliado a ninguna de estas, hacer efectivo el cobro por los gastos erogados por la Institución respecto de la atención médica proporcionada.

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Hemos visto que a través de la Historia de nuestro país, nuestro pueblo siempre ha luchado por obtener una seguridad que contemple no sólo su bienestar físico, sino también el de sus bienes, patrimonio económico, como psicosocial.

Demostrado esto a través de la Independencia, Revolución, que son manifestaciones de una insatisfacción de tipo social.

SEGUNDA.- Considero que la Seguridad Social es el instrumento jurídico que viene a representar todo esfuerzo colectivo tendiente al mejoramiento social, económico y cultural de todos los miembros que componen una comunidad; y en especial los marginados y los grupos más desprotegidos, tratando de dar prioridad a los diversos programas de bienestar social que realiza el Estado, tales como los de alimentación, educación, salud y vivienda, con objeto de mejorar la situación de las comunidades o zonas deprimidas y marginadas.

TERCERA.- Como podemos observar a lo largo de este trabajo, la protección a la salud aquí en México, como en la mayoría de otros países iberoamericanos, la brindan diferentes Instituciones de Asistencia, ya sea pública ó privada y de Seguridad Social.

Concluyendo así que la protección a la salud es notoriamente limitada, ya que las Instituciones tienen un carácter potestativo, pero no obligatorio.

CUARTA.- Debido a la falta de recursos económicos por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social, y el gran incremento de población, se presenta el problema de que dicho Instituto no puede abarcar al total de la población.

Tenemos así que en los casos en que personas No Derechohabientes son atendidas o se ven en la necesidad de acudir ante el Instituto de una o de otra manera, viéndose esté en la necesidad de efectuar el cobro de dichos servicios, ya que como anteriormente comentamos, sus recursos son insuficientes para otorgar este servicio a personas No Derechohabientes.

QUINTA.- Concluimos que los diferentes tipos de Regímenes que establece el Instituto Mexicano del Seguro Social, tales como el régimen obligatorio, el régimen voluntario, el cual se divide en Seguros Facultativos, y Seguros Adicionales, tratándose de adecuarse a las necesidades de la población, así como tratar de prevenir un gasto mayor al momento de utilizar los servicios que proporciona el Instituto.

SEXTA.- Considero que la incorporación voluntaria al régimen obligatorio constituye una alternativa importante en el Seguro Social, ya que viene a crear el marco jurídico necesario para adherir a numerosos grupos de personas que hasta la fecha no ha podido disfrutar de los beneficios que ofrece el sistema.

Los Seguros Voluntarios, se desarrollan en los Estados o Países que no tienen fuerza económica suficiente, ya que el carácter obligatorio en ocasiones no se puede obtener de todos los sectores de la Sociedad por la falta de recursos.

SEPTIMA.- Concluimos que en la práctica el Procedimiento para la Recuperación de Importes por Atención Médico-Hospitalaria a personas No Derechohabientes y Extranjeros, lo lleva a cabo la Jefatura de Servicios Legales de la Delegación correspondiente, tratando inicialmente de realizar un convenio respecto de la forma de extinguir la Obligación contraída.

De igual manera con los Extranjeros No Inmigrantes que sean atendidos deberán cubrir el importe de los gastos erogados por los servicios otorgados.

OCTAVA.- En caso de llevarse a cabo la Negativa de Pago del Importe Total, por los servicios otorgados se procederá al cumplimiento de la obligación estipulada en el pagaré, firmado al ingresar el paciente al Instituto, ya sea por el mismo o alguna persona que se haga responsable solidario del pago.

NOVENA.- La aplicación del procedimiento del cobro, considero que es una medida acertada ya que en algunos casos las personas que reciben el servicio, si cuentan con los medios suficientes para solventar los gastos que se le requieren, y no dan cumplimiento a su obligación, de cubrir el importe de los servicios otorgados.

Aunque también la gente que carece de recursos económicos y asiste a recibir atención médica, debería acudir a las instituciones que se dediquen a esto sin ningún cobro, ya que como anteriormente he mencionado el Instituto no está en la situación de otorgar los servicios así, sin exigir el pago de los importes ocasionados por el servicio; ya que el trabajo a base de cuotas de los trabajadores que cubren los patronos.

DECIMA.- Considero importante hablar de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, ya que se preocupa de gran manera por la protección a la salud, y es así que nos proporciona información sobre las diferentes instituciones existentes de Asistencia Social, ya sean públicas o privadas de acuerdo a las necesidades de la población.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Acosta Romero Miguel
Teoría General del Derecho Administrativo
Editorial Porrúa
5ª Edición
México, 1983
- 2.- Arce Cano Gustavo
De los Seguros Sociales a la Seguridad Social
Editorial Porrúa
- 3.- Bricañón Ruiz Alberto
Derecho Mexicano de los Seguros Sociales
Editorial Harta
México, 1987
- 4.- Cano Valle Fernando
Actuación del Médico ante la violación de los Derechos Humanos
Comisión Nacional de Derechos Humanos
Junio 1990-1992.
- 5.- Coquet Benito.
La Seguridad Social en México
Vol. I
IMSS
México, 1973.
- 6.- Díaz Rivadeneira Carlos
El Seguro Social y su problemática
Editorial Coparmex
México, 1978.

- 7.- García Cruz Miguel.
La Seguridad Social en México
Tomo I 1906-1958
Editorial B- Costa Amic
México, 1972

- 8.- García Cruz Miguel.
La Seguridad Social en México
Tomo II 1958-1964.
Editorial. B-Costa Amic.
México,1973.

- 9.- García Cruz Miguel.
Evolución Mexicana del Ideario de la Seguridad Social.
Editado UNAM
México 1972.

- 10.- Gonzalez Díaz Lombardo Francisco
Cursillos de Seguridad Social Mexicana
Universidad de Nuevo León, Nuevo León
México 1950.

- 11.- Gonzalez Díaz Lombardo Francisco
Del Derecho Social a la Seguridad
UNAM . 1978.

- 12.- Herrera Gutierrez Alonso
Problemas Técnicos y Jurídicos del Seguro Social.
México, 1983.

- 13.- Mendieta Y Nuñez Lucio
El Derecho Social
Editorial Porrúa
México, 1987.

- 14.- Serra Rojas Andrés
Derecho Administrativo
Tomo I
14ª Edición
Editorial Porrúa.
México, 1988.
- 15.- Tena Suck Rafael- Hugo Italo
Derecho de la Seguridad Social.
Editorial Pac.
- 16.- Trueba Urbina Alberto.
La Nueva Legislación de Seguridad Social en México.
Editorial Porrúa
UNAM. 1967.

LEGISLACIONES

- 17.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- 18.- Ley del Seguro Social
- 19.- Ley General de Salud
- 20.- Ley General de Población.
- 21.- Código Civil para el Distrito Federal.
- 22.- Historia del IMSS
Subdirección General Administrativa, Jefatura de Conservación,
Departamento de Capacitación . 1978
- 23.- Marco Conceptual de la Seguridad Social
Publicación Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.
Noviembre 1984.
- 24.- Manual Interamericano de Instituciones de Seguridad Social.
O.P.I.S.S.
México, 1967.
- 25.- Enciclopedia Jurídica OMEBA
Tomo IX.
- 26.- Seminario. Salud y Derechos Humanos.
Comisión Nacional de Derechos Humanos.
México, 1991 / 13

27.- El Derecho de la Seguridad Social en Latinoamérica.
Tesis, México UNAM/ Facultad de Derecho.
1970