



13

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE CONTADURÍA Y
ADMINISTRACIÓN**

SUBROGACIÓN DE CUOTAS AL IMSS

**TESIS PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL
TÍTULO DE:**

LICENCIADO EN CONTADURÍA

PRESENTAN:

**MARIANA CONTRERAS GONZÁLEZ
TANIA ITZEL LEÓN RUIZ**

ASESOR:

C.P y M.B.A. MA. ANTONIETA MARTIN GRANADOS



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MÉXICO D.F.

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS MARIANA

A Dios por permitirme vivir plenamente, por poder estar aquí, sana, completa y con los seres que más amo en la vida, por perdonarme todos mis errores y por dejarme crecer. Agradeciendo todo lo que tengo y lo que no tengo también.

A la H. Universidad Nacional Autónoma de México por los conocimientos adquiridos para poder ser una profesionista digna y dispuesta a seguir con una preparación y desarrollo profesional y personal.

A mi Papá por enseñarme a ser fuerte y no flaquear cuando se necesita, por ayudarme a estudiar los jueves cuando era chiquita, por enseñarme a razonar más que a machetear, ahii y gracias por enseñarme a bailar.

A mi Mamá por enseñarme a ser feliz, a disfrutar de la vida en todas sus facetas, por valorar lo que tengo y lo que quiero tener, por querer siempre lo mejor para mí, por ser tan cariñosa y tan paciente, por enseñarme a amar con esa fuerza tan grande.

A mi hermano Luis Mariano por mostrarme la nobleza y la grandeza que pueden estar en una sola persona y por creer en mí, por ser tan capaz y tan inteligente.

A mi hermano Iván por enseñarme a ambicionar más de lo que se puede ver y palpar, por querer que crezca en todos los sentidos y sobre todo gracias por tu sinceridad y honestidad.

A Rafael por estar conmigo todo este tiempo, por apoyarme, por ayudarme a madurar y a crecer, y por hacer que mi vida sea aún más hermosa y por hacerme feliz.

A mis amigos los que me han enseñado los diferentes lados de la moneda, diferentes ideas, diferentes mundos y sobre todo diferentes cariños, gracias por esos momentos de risas, de ilusiones, de sueños, tristezas y alegrías, los quiero (Itzel, Bety, Edgar, Pedro, Armando, Edna, Gilda, Alex Jimenez, Alex Espindola, Cris, Jenny)

A Itzel en especial por ser mi amiga, por haber compartido momentos inolvidables y por terminar este trabajo juntas.

AGRADECIMIENTOS TANIA ITZEL.

Gracias Señor por todo este tiempo a mi lado en el que me has brindado todo tu amor de diferentes formas, la más clara y pura para mi, la de haberme bendecido con mis padres a quienes dedico mis triunfos y quienes me acompañan en mis fracasos.

Para ustedes mis padres que han sido son y serán mi guía y el amor de mi corazón.

Gracias por haberme rodeado de personas que me han apoyado y que han hecho mi vida mas completa, de quienes he aprendido el valor del amor, la hermandad y la amistad.

Para mis hermanos y mi bebé, para mi amor y para mis amigos.

Gracias por haberme brindado una amiga verdadera con la que he compartido muchos gozos y sobre todo este trabajo.

INDICE

1	SUBROGACION DE CUOTAS AL IMSS	
1.1	Introducción	1
1.2	Objetivo	2
1.3	Metodología de la Investigación	3
2	ANTECEDENTES DE LA SEGURIDAD SOCIAL	
2.1	Orígenes de la Seguridad Social	6
2.2	Seguridad Social en México	6
2.3	Proyectos de Ley	7
2.4	Orígenes del IMSS	9
2.5	Desarrollo del Seguro Social	9
2.6	Ramos del IMSS	14
3	CONCEPTOS	
3.1	Subrogación	20
3.2	Seguridad Social	21
3.3	Reversión	23
4	MARCO LEGAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL	25
5	ANTECEDENTES DE LA SUBROGACION DE CUOTAS	
5.1	Justificación de la Subrogación	34
5.2	Marco Legal de la Subrogación	35
5.3	Convenio de Subrogación de Servicios	46
5.3.1	Requisitos	47
5.3.2	Modalidad 17	48
6	CONTROVERSIAS RELACIONADAS CON LA SUBROGACION	
6.1	Pugnan por la reversión de cuotas	53
6.2	Iniciativa de Reforma Artículos 89 y 213 de la LIMSS	58
7	ISES (INSTITUCIONES DE SEGUROS ESPECIALIZADAS EN SALUD)	74
8	VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA SUBROGACION PARA EL TRABAJADOR, PATRON E IMSS	92
9	CONCLUSIONES	95
10	ANEXOS	
ANEXO 1	Convenio de Subrogacion de cuotas	98
ANEXO 2	Primer Informe Presidencial	109
11	BIBLIOGRAFIA	113

1.SUBROGACION DE CUOTAS AL IMSS

1.1 Introducción

La Seguridad Social ha tenido como principal función la de otorgar a los trabajadores y a sus familias la protección suficiente y oportuna ante contingencias tales como la enfermedad, la invalidez, la vejez o la muerte. El principal instrumento de la seguridad social es el Seguro Social, cuya organización y administración se encarga precisamente a esta institución llamada IMSS.

El Instituto Mexicano del Seguro Social esta encomendado a cubrir las necesidades antes mencionadas de los trabajadores, sin embargo la cantidad de beneficiarios inscritos en el IMSS es demasiado grande para poder satisfacer todas estas necesidades con la calidad que cada uno de los trabajadores requiere. Por esta razón el IMSS no puede desarrollar sus actividades de la mejor manera debido a la gran demanda de sus servicios. El costo en el que se incurre para gozar de estas prestaciones del IMSS resulta ser muy alto para los patrones. Se sabe que es obligación de los patrones inscribir a los trabajadores en el IMSS (artículo 123 apartado A de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos), pero nuestra propuesta es buscar otros caminos para que se siga protegiendo a los trabajadores, haciendo una subrogación de cuotas a otras instituciones que tengan la capacidad de cumplirlas y darles un mejor servicio a los beneficiarios del IMSS. Así disminuyendo el costo de cuotas del IMSS al patrón. Se presentará el estudio y análisis de las ventajas y desventajas que se pueden presentar en la subrogación de cuotas al IMSS.

1.2. Objetivo

El objetivo de esta investigación es el de proporcionar la información necesaria dentro del marco legal para determinar si es posible que se presente la subrogación de cuotas, cuáles son los requisitos para otorgar subrogación, y dando estos parámetros determinar cuáles son las ventajas y desventajas para el patrón, el trabajador y el IMSS.

1.3 Metodología de la Investigación.

La implantación de la Seguridad Social se puede describir como la protección hacia los trabajadores motivo por el cual el patrón principalmente se ve obligado a prestar ayuda adicional al trabajador por medio del pago de cuotas que cubren las diferentes ramas que comprende el Seguro Social, esto demuestra la actitud paternalista del Gobierno que pretende mejorar el nivel de vida de la población.

Un punto importante que debe tomarse en cuenta es la responsabilidad que tiene el patrón hacia el trabajador, es decir, el patrón no solo se debe preocupar por el funcionamiento, la administración, el pago de contribuciones y cualquier tipo de contingencia relacionada con las operaciones de su empresa sino también debe por ley otorgar a su trabajador las mejores condiciones de trabajo por lo que en muchas ocasiones este último punto puede resultar preocupante tanto por el desembolso que esto implica y por cumplir con las obligaciones que la ley le impone.

Dentro del medio dinámico en el que se desarrollan las actividades de las empresas es muy común que existan contingencias que traigan como consecuencia algún impacto económico tal puede ser el caso de enfermedades y riesgos como consecuencia de la realización de un trabajo, o inclusive no como consecuencia del trabajo pero que en determinado momento pueden llegar a afectar como es el caso de maternidad y las pensiones que se otorgan a los trabajadores para su retiro. Como empresa y como individuo siempre se busca la forma de protegerse para que este tipo de impacto no sea significativo en la economía de los mismos.

Es aquí en donde entra la ayuda del Seguro Social y el pago de sus cuotas, por ejemplo en el caso de riesgos y accidentes de trabajo el artículo 53 de la Ley del Seguro Social señala:

“El patrón que haya asegurado a los trabajadores a su servicio contra riesgos de trabajo, quedará relevado en los términos que señala esta Ley, del cumplimiento de las obligaciones que sobre

responsabilidad por esta clase de riesgos establece la Ley Federal del Trabajo".¹

Por lo que se puede entender que el Seguro Social sustituye la responsabilidad del pago de indemnizaciones y además de la responsabilidad de establecer enfermerías, hospitales, de la obligación de dar avisos de riesgos de trabajo y de la obligación de efectuar estudios en materia de riesgos de trabajo, todo esto queda amparado por los artículos 60, 62 y 63 de la Ley del Seguro Social. No quedando relevados de las obligaciones de prestar servicios de primeros auxilios, de participar en la integración de las comisiones de seguridad e higiene y de implementar medidas necesarias para prevenir los riesgos de trabajo, obligaciones que se derivan de los artículos 504, 509, 510 y 512 de la Ley Federal del Trabajo.

La rama de Riesgos de Trabajo queda entonces un tanto amparada por registrar a los trabajadores, pero que se puede decir de las ramas de enfermedades y maternidad, lo justo es que se ayude al trabajador pero también que esto implique o pueda implicar menor costo al patrón e inclusive mejor servicio para el trabajador ya que debido a la gran demanda de trabajo que existe en el país el Instituto Mexicano del Seguro Social cada vez cuenta con mas afiliados razón por la cual puede resultar un tanto difícil la obtención de un buen servicio.

Para poder decidir si lo mencionado en el párrafo superior se puede lograr es necesario mencionar los siguientes cuestionamientos: ¿Es posible que se puedan subrogar las cuotas al IMSS en las ramas de riesgos de trabajo y enfermedades y maternidad?, ¿Qué ventajas y/o desventajas puede tener la subrogación para los trabajadores, para el Instituto Mexicano del Seguro Social, y para los patrones?

En un principio se puede decir que no hay artículo en las leyes relacionadas con el ámbito laboral que lo impidan, marcan como obligación patronal el pago al Instituto de las cuotas pero no se señala imposibilidad de subrogación, un ejemplo puede ser la administración de las pensiones que a partir de la aplicación de la Ley de 1997 pasó a ser patrimonio de empresas privadas, es decir

¹ Ley del Seguro Social, artículo 53

las instituciones de seguro previamente autorizadas para poder ser administradoras de seguros de vida y pensiones entre las cuales se encuentran:

- Seguros Comercial América SA de CV.
- Grupo Nacional Provincial.
- Banamex Aegon
- Serfin
- Inbursa
- BBV-Probursa
- Pensiones Bitaf
- Banorte
- Seguros Génesis
- Bancomer
- Allianz Rentas vitalicias

2. ANTECEDENTES DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

2.1 Orígenes de la Seguridad Social

El origen de la Seguridad Social puede situarse a principios del siglo XIX, cuando la industrialización dio sus primeros pasos, y con ellos la aparición de una clase numerosa de trabajadores que dependían por completo del pago regular de salarios pero también sufrían privaciones al caer enfermos o quedar sin empleo.

Entre los años 1883 y 1889 se creó en Alemania el primer sistema de seguridad social, presidido por Otto Von Bismark, el cual constaba de 3 etapas:

- Seguro de enfermedades (1883)
- Seguro de accidentes de trabajo(1884)
- Seguro de invalidez y vejez(1889)

Lo realizado en Alemania fue seguido poco tiempo después por Australia y 30 o 40 años más tarde por el Reino Unido y los demás países europeos así como por la URSS y Japón. Después de la crisis económica de 1930, la seguridad social se extiende a los países de América Latina, Estados Unidos y Canadá.²

2.2 Seguridad Social en México.

Los únicos antecedentes verdaderos de la legislación moderna sobre aseguramiento de los trabajadores y de sus familiares, se encuentran a principios de este siglo, en los últimos años de la época porfiriana: en dos disposiciones de rango estatal: la Ley de Accidentes de Trabajo del Estado de México, expedida el 30 de abril de 1904, y la Ley sobre Accidentes de Trabajo, del Estado de Nuevo León, expedida en Monterrey el 9 de abril de 1906. En estos dos ordenamientos legales se reconocía, por primera vez en el país, la obligación para los empresarios de atender a sus empleados en caso de enfermedad, accidente o muerte, derivados del cumplimiento de sus labores. Para 1915 se formuló un proyecto de Ley de Accidentes que establecía las pensiones e indemnizaciones a cargo del empleador, en el caso de incapacidad

o muerte del trabajador por causa de un riesgo profesional.

La base constitucional del seguro social en México se encuentra en el artículo 123 de la Carta Magna promulgada el 5 de febrero de 1917. Ahí se declara "de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares como los de invalidez, de vida, de cesación involuntaria en el trabajo, de accidentes y de otros con fines similares".

A finales de 1925 se presentó una iniciativa de Ley sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. En ella se disponía la creación de un Instituto Nacional de Seguros Sociales, de administración tripartita pero cuya integración económica habría de corresponder exclusivamente al sector patronal. También se definía con precisión la responsabilidad de los empresarios en los accidentes de trabajo y se determinaba el monto y la forma de pago de las indemnizaciones correspondientes. La iniciativa de seguro obrero suscitó la inconformidad de los empleadores que no estaban de acuerdo en ser los únicos contribuyentes a su sostenimiento y consideraban que también otros sectores deberían aportar. En 1929 el Congreso de la Unión modificó la fracción XXIX del artículo 123 constitucional para establecer que "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 otros con fines análogos. Con todo, habrían de pasar todavía casi quince años para que la Ley se hiciera realidad.

2.3. Proyectos de Ley.

En 1935 el presidente Lázaro Cárdenas envió a los legisladores un proyecto de ley del Seguro Social, en el cual se encomendaba la prestación del servicio a un Instituto de Seguros Sociales, con aportaciones y administración tripartitas, que incorporaría a todos los asalariados, tanto industriales como agrícolas. Sin embargo, se consideró que el proyecto requería aún estudios ulteriores. Por encargo del mismo Presidente Cárdenas, se elaboró un nuevo proyecto que resumía la experiencia de los anteriores. Su principal autor fue el titular de la Secretaría de Gobernación, licenciado

Ignacio García Téllez, abogado de cuarenta años de edad, quien para esa fecha ya había sido diputado federal, gobernador interino de Guanajuato, Rector de la Universidad Nacional Autónoma y, durante el régimen cardenista, Secretario de Educación, presidente del PNR, secretario particular del Jefe del Ejecutivo y para esa fecha, Secretario de Gobernación. Colaboraron varios especialistas en derecho, medicina y economía, basados en la legislación expedida en otros países hispanoamericanos.

El proyecto de García Téllez se refería a la creación de un Instituto de Seguros Sociales, de aportación tripartita, que incluía al Estado, a los trabajadores asegurados y a sus patrones y que "cubriría o prevendría los siguientes riesgos sociales: enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, enfermedades no profesionales y maternidad, vejez e invalidez y desocupación involuntaria.

Aprobado el proyecto por un consejo de ministros, fue enviado a la Cámara de Diputados en diciembre de 1938. Pero tampoco esta vez pudo llegar más adelante pues a los legisladores les pareció conveniente que se elaborara un documento más completo fundamentado en estudios actuariales. Por otra parte, la situación del momento, de fuerte crisis provocada por la expropiación petrolera, exigía promover antes que nada la unidad nacional.

Por otra parte, a partir de 1939 la situación de guerra motivó muchas inquietudes por encontrar soluciones a los problemas de desigualdad económica y social. Uno de los puntos de acuerdo de los firmantes de la Carta del Atlántico fue que, una vez derrotadas las potencias nazi fascistas había que lanzarse a la búsqueda de instituciones tanto nacionales como internacionales que procuraran, aparte de la paz y la tranquilidad mundiales "la seguridad de que todos los hombres de todos los países pudieran vivir libres tanto de temores como de necesidades".

2.4. Orígenes del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Por lo anterior, hacia 1942 confluían todas las circunstancias favorables para que finalmente pudiera implantarse en México el Seguro Social. El interés del Presidente Avila Camacho por las cuestiones laborales ya se había manifestado desde el mismo día en que asumió la presidencia, cuando anunció la creación de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social y la encomendó a quien fuera Secretario de Gobernación del régimen anterior, el licenciado Ignacio García Téllez. Atendiendo a la tónica del momento, la función inicial de la naciente dependencia fue limar asperezas y procurar la conciliación obrero - patronal.

En diciembre del mismo año se envió a las Cámaras la iniciativa de Ley, proponiendo como suprema justificación, que se cumpliría así uno de los más caros ideales de la Revolución Mexicana. Se trataba de "proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva y la tranquilidad de la familia; contribuir al cumplimiento de un deber legal, de compromisos exteriores y de promesas gubernamentales". El Congreso aprobó la Iniciativa y el 19 de enero de 1943 se publicó en el Diario Oficial la Ley del Seguro Social.

Aquí se determina, desde los artículos iniciales, que la finalidad de la seguridad social es garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. Como instrumento básico de la seguridad social se establece el Seguro Social y para administrarlo y organizarlo, se decreta la creación de un organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social.

2.5. Desarrollo del Seguro Social.

Al iniciarse las actividades del nuevo organismo, su primer director, Vicente Santos Guajardo y una planta de empleados mínima, se dedicaron, entre otras cosas, a realizar los proyectos e investigaciones que implicaba la instrumentación de las diversas ramas de aseguramiento; A estudiar las experiencias de otros países en el campo de la seguridad social para aprovecharlas en

México; a divulgar el sentido y las posibilidades de la seguridad social y a realizar una intensa labor de convencimiento, tanto entre los trabajadores como entre los empresarios, acerca de los alcances de la ley y de las ventajas que reportaría a unos y a otros su aplicación. Se determinó que el Seguro Social empezaría a funcionar en el Distrito Federal a partir de enero del año siguiente; mientras tanto se procedió a la inscripción de los patrones.

En diciembre de 1943 el Lic. García Téllez es nombrado nuevo director del Instituto y unos cuantos días después, el 6 de enero de 1944, se pone en marcha formalmente el otorgamiento de servicios médicos en todas las modalidades prescritas. Sin embargo, durante algunos meses continuaron las manifestaciones de inconformidad y los ataques contra la introducción del sistema. Estos provenían de varios sectores empresariales que se resistían al nuevo pago implicado en las cuotas de la seguridad social. Curiosamente, también algunos grupos sindicales realizaron numerosas expresiones de rechazo. Poco a poco se fueron atenuando las posiciones más violentas ante la actitud decidida del gobierno de poner en marcha el Seguro Social en todos sus ramos. Antes de que concluyera 1946 el sistema operaba ya en Puebla, Monterrey y Guadalajara; el Instituto, tras sus primeros tiempos de dificultades políticas y angustias financieras, había alcanzado la seguridad económica necesaria y el reconocimiento general por la importancia de sus beneficios.

Implantado el régimen en su modalidad urbana en los principales centros de población, se decidió iniciar paulatinamente el aseguramiento de los trabajadores del campo.

En el período 1946-1952, se fue consolidando en el Instituto un notable equipo socio médico, al tiempo que se ampliaban los servicios y el régimen se extendía a otras entidades federativas. Se inauguró el primer hospital de zona, La Raza y también el edificio principal ubicado en el Paseo de la Reforma, de la ciudad de México.

Durante la administración 1952-1958 se buscó asegurar el equilibrio financiero de la institución mediante la reorganización administrativa. Se diseñó un plan de inversiones que incluía la construcción de grandes unidades hospitalarias y se inició en el Distrito Federal el sistema de Medicina Familiar. A finales del

período estaban cubiertos los principales centros industriales y agrícolas del país.

En los años siguientes continuó creciendo no sólo el número de asegurados y beneficiarios sino también la cantidad de prestaciones a otorgar. Por las reformas a la Ley del Trabajo de 1962 quedó a cargo del Instituto proporcionar los servicios de guardería infantil para los hijos de trabajadoras. El Centro Médico Nacional entró en funcionamiento pleno y se ampliaron los servicios de prestaciones sociales por medio de teatros, actividades deportivas y talleres. Para 1964 ya se encontraban protegidos por el Seguro Social poco más de 6 millones de mexicanos, cifra que se incrementaría en 50% en el período comprendido entre 1964 y 1970.

La tabla que a continuación se presentan muestra el porcentaje de la población económicamente activa de julio del año 2000 a julio del año 2001, lo que se puede apreciar es que el incremento entre un año y otro por persona no ha aumentado considerablemente, sin embargo en la tabla 2 se puede apreciar que el porcentaje de asegurados está por encima de la población económicamente activa ya que se encuentran afiliados los familiares de los trabajadores.

Tabla 1. Población Económicamente Activa (ENEU) ^{1/}

Concepto	Julio 2000		Julio 2001		Diferencia Anual
	%	Personas (miles) ^{4/}	%	Personas (miles) ^{2/}	
Población Económicamente Activa ^{2/}	56.9	21,661	56.2	22,070	409
Hombres	75.8	13,736	74.7	13,976	240
Mujeres	39.7	7,925	39.3	8,094	169
Población Ocupada ^{3/}	98.0	21,228	97.6	21,541	313

1/ Las cifras corresponden a 45 áreas urbanas
2/ Porcentaje respecto a la población de 12 años y más.
3/ Porcentaje de la PEA.
4/ Estimaciones con datos del INEGI.

Fuente: INEGI

Empleo
Tabla 2. Trabajadores Asegurados Permanentes

Sector de Actividad	2001 Julio	Variaciones		
		Jul 01 Dic 00	Jul 01 Jul 00	%
TOTAL ^{1/}	10,830,016	-196,354	-134,181	-1.2
Agropecuario ^{2/}	341,443	-7,079	-18,627	-5.2
Industria extractiva	59,455	1,550	-328	-0.5
Industria de la transformación	3,724,022	-254,943	-315,984	-7.8
Industria de la construcción	356,058	6,788	7,174	2.1
Electricidad	119,950	644	-32	0.0
Comercio	2,166,634	6,863	72,711	3.5
Transportes y comunicaciones	608,750	7,270	18,383	3.1
Servicios para empresas y personas	2,241,826	22,029	39,010	1.8
Servicios sociales	1,200,648	20,683	61,673	5.4
Trabajadores independientes	11,230	-159	1,839	19.6

1/ Excluye seguro facultativo, estudiantes y continuación voluntaria.
2/ Incluye agricultura, ganadería, silvicultura, caza y pesca.

Fuente: IMSS

Tabla 3. Personal Ocupado

Grupos de Actividad	2000 ^{p/} Mayo	2001 Mayo	Variaciones	
			May 01 May 00	%
Industria manufacturera ^{1/}	1,488,673	1,433,409	-55,264	-3.7
Industria maquiladora	1,277,727	1,240,840	-36,887	-2.9
Establecimientos comerciales ^{2/}	530,351	558,405	28,054	5.3
Mayoreo	152,993	155,274	2,281	1.5
Menudeo	377,358	403,131	25,773	6.8
Industria de la construcción ^{3/}	251,307	192,317	-58,990	-23.5

1/ Las cifras corresponden a las 205 clases de actividad.
2/ Las cifras corresponden a 33 áreas urbanas.
3/ Cifras estimadas.
p/ Cifras preliminares.

Fuente: INEGI

De acuerdo al Primer Informe Presidencial del Lic. Vicente Fox actualmente, "el Instituto da seguridad social a 58 millones de mexicanos, de los cuales 47 millones pertenecen al régimen ordinario y 11 millones al programa de IMSS-Solidaridad; de esta manera, se cubre al 58 por ciento de los habitantes del país.

La ampliación de la cobertura de la seguridad social es uno de los principales programas del IMSS. El objetivo es lograr que un mayor número de mexicanos reciba las prestaciones económicas y en especie establecidas en la Ley y, con ello, contribuir a mejorar sus condiciones de vida y de bienestar. Al concluir el mes de agosto de 2001, el IMSS tiene registrados a 47 056 621 derechohabientes de todo el país, que representa un incremento de 1.6 por ciento respecto a los registrados en igual periodo del año anterior que fueron 46 321 207.

En este mismo periodo los asegurados registrados ascendieron a 15 295 548, lo que representa un incremento del 1.5 por ciento. De este total, el 88.8 por ciento tienen la categoría de asegurados permanentes con 13 582 447 personas y el 11.2 por ciento son asegurados eventuales con 1 713 101 personas.

Al 31 de agosto de 2001, el Instituto cuenta con 12 433 519 trabajadores afiliados, de los cuales 10 767 427 son trabajadores permanentes y constituyen el 86.6 por ciento; comparado con los registrados en agosto de 2000, presenta un decremento del 2.2 por ciento. Cabe señalar que los trabajadores eventuales representan el 13.4 por ciento, 1 666 092 individuos, cifra que disminuyó en un 3.7 por ciento con respecto a igual mes de 2000.

La reducción en la afiliación manifestada en los ocho meses transcurridos, se debe fundamentalmente, a los ajustes en la planta laboral, principalmente de empresas de la industria manufacturera y de la transformación; en este sentido, las industrias maquiladoras de exportación de equipos, maquinaria, aparatos, accesorios y artículos eléctricos, electrónicos y sus partes, así como la de confección de prendas de vestir y otros artículos a base de textiles, la de la construcción y la industria automotriz, fueron las más afectadas.

El número de grupos familiares cubiertos por los servicios que otorga el Seguro de Salud para la Familia, al mes de agosto de 2001, asciende a 210 470. Esto significa un incremento del 2.7 por ciento con respecto a las registradas en diciembre de 2000. Cabe

señalar que la población derechohabiente protegida por este seguro suma en total 612 952 personas.

Por otra parte, al mes agosto de 2001, se han asignado 1 345 124 números de seguridad social a los Jornaleros Agrícolas, con sus respectivas familias, teniendo acceso al esquema integral de prestaciones que otorga la Ley del Seguro Social.

En el periodo de agosto de 2000 a agosto de 2001, se encuentran asegurados 1 929 321 pensionados, 84 061 pensionados más accedieron a los beneficios de la Seguridad Social. Por su parte, los familiares de los pensionados ascendieron a 1 667 076 incrementándose en 4.8 por ciento el total de pensionados y sus familias es de 3 596 397.

Para agosto de 2001, se estima que el 48 por ciento de los habitantes del país estarán protegidos por el Instituto, lo que implica que se debe dar cumplimiento a la política institucional de ampliar día con día la seguridad social a lo largo de la República Mexicana.

El avance en la ampliación de cobertura de la seguridad social se hace evidente en el número de asegurados registrados en el IMSS, los cuales han crecido más que la población total. No obstante, se establecerán programas de promoción de la afiliación."³

Como se puede observar en este fragmento del primero informe relacionado con la Seguridad Social se espera que con las modificaciones a la Ley del Seguro Social haya cada vez más afiliados para mayor protección de la población económicamente activa lo importante es saber si el Instituto podrá cubrir toda la demanda que se requiera.

2.6. Ramos de Seguro en el IMSS.

El Instituto Mexicano del Seguro Social nace en 1943 en respuesta a las aspiraciones de la clase trabajadora. Actualmente, la Ley señala que la seguridad social tiene como finalidades el garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

³ Pagina web www.campradesputados.gob.mx/informes/2001/Fe/21/inf_0104/mensaje.htm

A efecto de cumplir con tal propósito el Seguro Social comprende el régimen obligatorio y el régimen voluntario. El régimen obligatorio cuenta con cinco ramos de seguro que se financian con contribuciones provenientes de los patrones, el Estado y los propios trabajadores. Estos son: Enfermedades y maternidad, Riesgos de trabajo; Invalidez y vida, Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y Guarderías y prestaciones sociales.

Son sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio: los trabajadores, los miembros de sociedades cooperativas de producción y las personas que determine el Ejecutivo Federal a través del Decreto respectivo.⁴

Voluntariamente, mediante convenio con el Instituto, podrán ser sujetos de aseguramiento los trabajadores en industrias familiares y los independientes como profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y demás trabajadores no asalariados, los trabajadores domésticos, los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios; los patrones personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio y los trabajadores al servicio de las administraciones públicas de la Federación, entidades federativas y municipios que estén excluidas o no comprendidas en otras leyes o decretos como sujetos de seguridad social.⁵

Cada uno de estos ramos de aseguramiento es distinto porque protegen al trabajador y sus beneficiarios contra situaciones diferentes, mediante prestaciones en especie y en dinero. Tenemos así que:

El seguro de **Enfermedades y Maternidad** brinda la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria necesaria al trabajador y su familia. Además, otorga prestaciones en especie y en dinero que incluyen, por ejemplo: ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales.⁶

El seguro de **Riesgos de Trabajo** protege al trabajador contra los accidentes y enfermedades a los que está expuesto en ejercicio o

⁴ Artículo 12 Ley del Seguro Social
⁵ Artículo 13 Ley del Seguro Social
⁶ Artículo 84 Ley del Seguro Social

con motivo del trabajo, brindándole tanto la atención médica necesaria, como protección mediante el pago de una pensión mientras esté inhabilitado para el trabajo, o a sus beneficiarios en caso de fallecimiento del asegurado.⁷

El seguro de **Invalidez y Vida** protege contra los riesgos de invalidez y muerte del asegurado o del pensionado por invalidez cuando éstos no se presentan por causa de un riesgo de trabajo mediante el otorgamiento de una pensión a él o sus beneficiarios.⁸

El de **Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez** es el seguro mediante el cual el trabajador cotizante ahorra para su vejez, y por tanto, los riesgos que cubre son el retiro, la cesantía en edad avanzada, la vejez del asegurado, así como la muerte de los pensionados por este seguro. Con la contratación de este seguro, el trabajador tendrá derecho a una pensión, asistencia médica, y las asignaciones familiares y ayuda asistencial que correspondan al cubrir los requisitos que marca la Ley.⁹

Finalmente, el **seguro de Guarderías y prestaciones sociales** otorga al asegurado y sus beneficiarios los servicios de guarderías para sus hijos en los términos que marca la Ley, y proporciona a los derechohabientes del Instituto y la comunidad en general prestaciones sociales que tienen por finalidad fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes y contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población mediante diversos programas y servicios.¹⁰

⁷ Artículo 41 Ley del Seguro Social

⁸ Artículo 112 Ley del Seguro Social

⁹ Artículo 152 Ley del Seguro Social

¹⁰ Artículo 201 Ley del Seguro Social

Los ramos de seguro en el IMSS

Ramo de Seguro	Derechohabientes	Aportación de la Cuota
Riesgos de trabajo	<p>Queda amparado por este seguro: el trabajador asegurado.</p> <p>Si un accidente por riesgo de trabajo trae como consecuencia la muerte del trabajador asegurado sus beneficiarios tendrán derecho a una pensión, ayudas asistenciales y demás prestaciones económicas previstas en la Ley.</p> <p>Los beneficiarios del trabajador son: La viuda o concubina, viudo o concubinario, siempre y cuando no contraigan nuevas nupcias o entre en concubinato; Cada uno de los huérfanos menores de 16 años o hasta los 25 si se encuentran estudiando en planteles del sistema educativo nacional, tomando en consideración las condiciones económicas, familiares y personales del beneficiario y siempre que no sea sujeto del régimen obligatorio; Cada uno de los huérfanos totalmente incapacitados; A falta de viuda o viudo, huérfanos, concubina o concubinario, cada uno de los familiares ascendientes que dependían económicamente del trabajador fallecido.</p>	Patronal
Enfermedades y Maternidad	<p>Quedan amparados por este seguro: El asegurado; El pensionado por: incapacidad permanente total o parcial, invalidez, cesantía en edad avanzada y vejez y viudez orfandad o ascendencia; la esposa/esposo o concubina/concubinario de la persona asegurada; la esposa/esposo o</p>	Tripartita

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

	<p>concubina/concubinario del pensionado o pensionada;</p> <p>los hijos menores de 16 años;</p> <p>los hijos incapacitados y los hijos estudiantes hasta los 25 años de edad mientras realicen estudios en planteles del sistema educativo nacional.</p>	
<p>Invalidez y vida</p>	<p>Queda cubierto por este seguro: el trabajador asegurado.</p> <p>En caso de la muerte de éste por causas distintas a las de un riesgo de trabajo y siempre que el asegurado hubiese tenido reconocido el pago al Instituto de un mínimo de ciento cincuenta cotizaciones semanales o bien que se encontrara disfrutando de una pensión de invalidez, el Instituto otorgará a sus beneficiarios las siguientes prestaciones:</p> <p>Pensión de viudez;</p> <p>Pensión de orfandad;</p> <p>Pensión a ascendientes si no existieran viuda o viudo, huérfanos ni concubina o concubinario con derecho a pensión;</p> <p>Ayuda asistencial a la pensionada por viudez, en los casos en que lo requiera, de acuerdo con el dictamen médico que al efecto se formule; y</p> <p>Asistencia médica.</p>	<p>Tripartita</p>
<p>Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez</p>	<p>Queda cubierto por este seguro el trabajador asegurado.</p> <p>Para gozar de las prestaciones de este ramo se requiere que éste tenga reconocidas ante el Instituto un mínimo de mil doscientas cincuenta cotizaciones semanales.</p> <p>Si el asegurado tiene cotizadas un mínimo de setecientas cincuenta semanas tendrá derecho a las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad.</p> <p>Los beneficiarios del trabajador titular de</p>	<p>Tripartita</p>

	<p>este seguro serán, cuando éste fallezca: la esposa/esposo, concubina o el concubinario de la asegurada que hubiere dependido económicamente de ella; la esposa/esposo, concubina, o el concubinario de la pensionada que hubiere dependido económicamente de ella; los hijos menores de 16 años; los hijos incapacitados y los hijos estudiantes hasta los 25 años de edad, mientras realicen estudios en planteles del sistema educativo nacional.</p>	
<p>Guarderías y prestaciones sociales</p>	<p>Para efecto de las prestaciones de los servicios de guardería, quedan cubiertos por este seguro: la mujer trabajadora; el trabajador viudo o divorciado que conserve la custodia de los hijos, de no poder proporcionar cuidados durante su jornada de trabajo a sus hijos en la primera infancia y en tanto no contraigan nuevamente matrimonio o se unan en concubinato; los hijos menores de éstos desde la edad de cuarenta y tres días hasta que cumplan cuatro años. Para efecto de las prestaciones de los servicios que se otorgan a través de Prestaciones Sociales, tendrán acceso a éstos todos los derechohabientes del Instituto.</p>	<p>Patronal</p>

Fuente: página web www.imss.gob.mx

3. CONCEPTOS

3.1. Subrogación.

El vocablo "subrogación" proviene del latín "subrogare" y significa sustituir.¹¹

El Diccionario jurídico mexicano define dicha voz como la "sustitución de una obligación por otra"; es decir, el acto representa una forma de transmitir las obligaciones relacionadas con el objeto o con los sujetos de crédito.

Cuando se trata de sustitución o cambio del objeto por mandato de ley, la figura referida se conoce como subrogación real. En cambio, si se habla de sustitución jurídica de un individuo por otro para permitir al primero ejercer todo en su interés propio, se hace referencia indudable a la subrogación personal.

La subrogación señalada en el artículo 89, fracciones II y III, de la Ley del Seguro Social (LSS) es de tipo personal, pues manifiesta la posibilidad de transmitir la prestación de los servicios de los derechohabientes a otra persona jurídica, quien debe asumir aquella en las mismas condiciones en que se operaba previamente a dicha transferencia.

Lo anterior significa que la institución u hospital privados respectivos proporcionarán servicios médicos en reemplazo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y que adquirirán, con ello, el derecho a cobrar por prestarlos.

Sin embargo, la figura jurídica de referencia es un tanto irregular porque respecto a ella existen restricciones como éstas:

1. No se sustituye al IMSS como autoridad en el derecho a realizar el cobro directo de las cuotas obrero patronales; y
2. El instituto permanece como responsable sobre la prestación de los servicios médicos y mantiene su control mediante la inspección y la vigilancia administrativa.

El objetivo de esta investigación como se menciono anteriormente es el de plantear la posibilidad de subrogar el pago de cuotas al

¹¹ Diccionario Jurídico Sobre Seguridad Social, Instituto de Investigaciones Jurídicas. Serie E UNAM 1994

Seguro Social, por lo que es importante analizar el significado de la palabra subrogación

El significado más simple de este concepto es el de la "sustitución de una obligación por otra", es decir el hecho de poder modificar algunos elementos de alguna situación que es obligatoria.¹²

La condición de obligatoriedad implica "...elementos físicos relativos a su forma de expresión, elementos de contenido, relativos al objeto y sujetos de la obligación"¹³, por lo que el hecho obligatorio de acuerdo a esta descripción implica por así entenderlo a las cuotas, haciendo alusión a los elementos físicos; Él o los asegurados, refiriéndose al objeto y el patrón o sujeto de obligación.

Por lo que como conclusión y tomando en sentido directo la definición arriba mencionada podemos decir que la subrogación significa un cambio en el sujeto del crédito.

Puede suceder que haya una mutación en el contenido de la obligación, esto es, en el objeto. Si el cambio del contenido es resultado de un acuerdo de voluntades estaremos en presencia de una transición; pero cuando el cambio del objeto se realiza por voluntad de la ley: estamos en presencia de una subrogación real.

La Subrogación por lo tanto se refiere a una transferencia del crédito a otras personas con todas sus excepciones y garantías que tenía el crédito original.

3.2. Seguridad Social.

"En oposición al concepto de violencia se encuentra el de seguridad. La palabra seguridad viene del latín *securitas* que se aplica a ciertos mecanismos que aseguran algún buen funcionamiento de algo, previendo que éste falle, se frustre o se violente.

¹² Diccionario Jurídico Sobre Seguridad Social. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Serie E. UNAM 1994

¹³ Idem

Denota la calidad de seguro (*securus*) que significa libre, o exento de todo daño o peligro.¹⁴

En la ciudad de Ginebra sede de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el 4 de junio de 1932 se aceptó la siguiente definición para el concepto de seguridad social:

"Seguridad Social es el fruto de muchas medidas de carácter público, que han dado buenos resultados para preservar a la población, o a una gran parte de ellas, del estado angustioso en que podría hallarse, si no existieran tales medidas, cuando dejan de percibirse salarios pro razones de enfermedad, desempleo, invalidez, vejez o como resultado de una fallecimiento, para suministrar a dichas categorías de la población la asistencia médica necesaria y para ayudar a las familias con hijos de corta edad".¹⁵

En esta definición se aprecian dos aspectos de la protección social que originan programas diferentes:

1. El Seguro Social: Es un servicio público de protección a los trabajadores en activo y a la contribución de esos con una parte de sus ingresos, para acreditar el derecho a recibir beneficios en especie o en dinero, cuando su capacidad productiva se interrumpe a causa de enfermedades, invalidez, vejez u otras contingencias.
2. En este caso también se necesita de la contribución de los patrones y en el caso de México la contribución del Estado.
3. La asistencia social: Comprende un conjunto de servicios y prestaciones, destinados a personas de nula capacidad contributiva, obviamente no requiere contribuciones directas como condición para recibir los beneficios.¹⁶

¹⁴ Observatorio de la Salud, Necesidades, Servicios, Políticas, Julio Frank Editor

¹⁵ www.imss.gob.mx

¹⁶ Bejarano Sánchez Manuel, Obligaciones Civiles, México Harla, 1950; Gaudement Eugene, Teoría General de las Obligaciones, México Porrúa 1974; Regina Villegas, Rafael, Derecho Civil Mexicano, 3ª edición, México Porrúa 1977; José de Jesús López Monroy

Debido a la similitud que existe entre el término Seguridad Social y Previsión Social, es conveniente explicar un poco en que pueden ser diferentes la una de la otra.

Previsión Social es el "Juicio o conocimiento que se forma sobre los riesgos que pueden perjudicar al hombre en el porvenir y el esfuerzo a realizar, es decir, los medios que deben emplearse para prepararse en defensa contra ellos"¹⁷

La previsión social es el apoyo económico que se otorga a los trabajadores así como a sus familiares, en el supuesto de que faltaran los medios para subsistir por motivos naturales tales como accidentes, enfermedades, ancianidad, etc.

Por lo que podemos observar la Seguridad Social y la Previsión Social marcan como aspecto fundamental la preocupación de proteger al trabajador por lo que resulta difícil hacer una distinción entre ambas tomando en cuenta el objetivo de las mismas.

La diferencia básica entre estas definiciones radica en que la Previsión Social fue creada para la protección del trabajador considerándolo como unidad, mientras que la Seguridad Social se enfoca al trabajador como componente de una sociedad, es decir en forma colectiva por lo que podemos concluir que la Seguridad Social abarca a la Previsión Social y con especial atención desde que esta última ya no fue considerada como un acto de beneficencia sino como un derecho de los trabajadores.

3.3. Reversión.

La reversión está considerada como la facultad de recuperar todo o parte de lo expropiado esto en términos de la Ley de Expropiación Forzosa, que se aplica principalmente a bienes inmuebles, o también puede ser definida como el derecho en virtud del cual una cosa transmitida a título gratuito revierte o regresa a la persona que lo donó.

¹⁷ Enciclopedia Jurídica Básica. Volumen IV editorial Civitas México 1995, páginas 7019

En el caso de la Seguridad Social, se habla en términos de reversión de cuotas, es decir, la cantidad que paga el patrón al Instituto Mexicano del Seguro Social por cada trabajador será devuelta al patrón en el caso de que exista algún convenio que permita a un tercero cumplir con la obligación de prestar un servicio que le corresponde al Instituto en cuestión.

El concepto de reversión plantea el hecho de regresar algo a su estado original, en el caso de las cuotas, el regreso o retorno que se haga de ellas no será por el total cubierto por el patrón, sino por una parte que el mismo Instituto señale, tal y como se menciona en el artículo 31 del Reglamento para pago de cuotas del Seguro Social:

"La reversión al patrón de una parte proporcional de la cuota, que corresponda por la subrogación de servicios, se realizará en el momento que efectúe el entero mensual de las cuotas obrero patronales, para este efecto, deberá presentar además de la cédula de determinación respectiva, el recibo de reversión autorizado por el Instituto"¹⁸

Principalmente lo que se descontará de las cuotas pagadas por el patrón es la parte correspondiente a los gastos de administración y un porcentaje de recuperación para el Instituto.

¹⁸ Enciclopedia Jurídica Básica, Vol. 4, Ed. Civitas. México 1995, páginas. 7019

4. MARCO LEGAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La obligación de los patrones de brindar a sus trabajadores protección y bienestar social, para evitar y controlar enfermedades, accidentes, así como pensiones, están determinadas en diferentes leyes del país, a continuación se mencionan los artículos en donde se expresa esta obligación por parte de los patrones y el gobierno.

El origen de la obligación del patrón para cubrir las cuotas necesarias para el bienestar del trabajador es el artículo 123 de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos que menciona:

Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; Al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social para el trabajo, conforme a la ley.

XXIX. Es de utilidad pública la ley del seguro social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares;...”¹⁹

Como se puede apreciar en este artículo se está marcando que por ley el trabajo debe por obligación, ser fuente de protección para el trabajador, siendo así este artículo, en su fracción XXIX el hecho por ley Federal del pago de cuotas al seguro social.. Lo que nos lleva a mencionar en la ley respectiva el fundamento legal del pago de las aportaciones y la obligatoriedad de los patrones al pago de las mismas:

“Los patrones están obligados a:

1.Registrarse e inscribir a sus trabajadores en el instituto mexicano del seguro social, comunicar sus altas y bajas, las modificaciones de su salario y los

¹⁹ Constitución de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 123 Título sexto. Del trabajo y previsión social

demás datos, dentro de plazos no mayores de cinco días hábiles, conforme a las disposiciones de esta ley y sus reglamentos.

2.Determinar las cuotas obrero patronales a su cargo y enterar su importe al instituto mexicano del seguro social;..."²⁰

Como se puede apreciar en el artículo arriba mencionado el patrón tiene por así decirlo la carga de las cuotas que genera el tener trabajadores, y no solo se debe tomar en cuenta el egreso económico en cuanto al pago de estas cuotas sino también el patrón debe por ley mantener cierto nivel de seguridad e higiene en sus instalaciones:

Son Obligaciones de los patronos:

"...XVII. Cumplir las disposiciones de seguridad e higiene que fijen las leyes y los reglamentos para prevenir los accidentes y enfermedades en los centros de trabajo y, en general, en los lugares que deban de ejecutarse las labores; y, disponer en todo tiempo de los medicamentos y materiales de curación indispensables que señalen los instructivos que se expidan, para que se presten oportuna y eficazmente los primeros auxilios; debiendo dar aviso a la autoridad competente de cada accidente que ocurra..."²¹

Además debe atender al hecho de que el trabajo debe proporcionar estabilidad y seguridad al trabajador hecho que se ve reflejado en el siguiente artículo:

"...El trabajo es un derecho y un deber sociales. No es artículo de comercio, exige respeto para las libertades y dignidad de quien lo presta y debe efectuarse en condiciones que aseguren la vida, la salud y un nivel económico decoroso para el trabajador y su familia..."²²

²⁰ Ley del Seguro Social Artículo 135

²¹ Ley Federal del Trabajo Artículo 132

²² Ley Federal del Trabajo Artículo 3

Es importante como patrón, tener en cuenta lo antes mencionado ya que la ley es protectora con la clase trabajadora y hacer caso omiso de las normas de seguridad, protección e higiene puede ser sancionado:

"Son causas de rescisión de la relación de trabajo, sin responsabilidad para el trabajador:

VII. La existencia de un peligro grave para la seguridad o salud del trabajador o de su familia, ya sea por carecer de condiciones higiénicas el establecimiento o porque no se cumplan las medidas preventivas y de seguridad que las leyes establezcan.

VIII. Comprometer el patrón, con su imprudencia o descuido inexcusables, la seguridad del establecimiento o de las personas que se encuentran en él y;

IX. Las análogas a las establecidas en las fracciones anteriores, de igual manera graves y de consecuencias semejantes, en lo que al trabajo se refiere..."²³

Por otro lado las aportaciones de seguridad social a las que se refiere el artículo 15 de la Ley del Seguro Social arriba mencionado, deben ser cubiertas por el patrón, el trabajador y también por el Estado, esta obligación del Estado se ve reflejada en el Artículo 1 de la Ley Orgánica de la Administración Pública.

"El servicio de Seguridad Social lo presta la administración pública federal se divide en centralizada y paraestatal aclarando que la presidencia de la república, las secretarías de estado, los departamentos administrativos, y la consejería jurídica del Ejecutivo Federal integran la administración pública centralizada."²⁴

La intervención del Estado en la seguridad social también se ve legislado en el artículo 3 de la Ley del Seguro Social, en donde especifica la participación directa de éste.

²³ Ley Federal del Trabajo, Artículo 51

²⁴ Ley Orgánica de la Administración, Artículo 1

"La realización de la seguridad social está a cargo de entidades o dependencias públicas, federales o locales y de organismos descentralizados, conforme a lo dispuesto por esta ley y demás ordenamientos legales sobre la materia."²⁵

Este artículo menciona que instituciones estarán a cargo de la seguridad social sin embargo cabe mencionar que la principal institución encargada de ésta es el Instituto Mexicano del Seguro Social tal y como lo menciona el artículo 4 de la Ley del Seguro Social.

"El seguro social es el instrumento básico de la Seguridad Social, establecido como un servicio público de carácter nacional en los términos de esta Ley, sin perjuicio de los sistemas instituidos por otros ordenamientos."²⁶

El artículo arriba señalado menciona al Seguro Social como el instrumento básico de llevar a cabo la seguridad social para los trabajadores en el país pero no lo menciona como único sino que deja abierta la posibilidad de que alguna otra institución ofrezca los servicios de seguridad social.

En el desarrollo adecuado de las prestaciones de seguridad social en beneficio de los trabajadores, queda como responsable principal del pago de las cuotas que se deberán enterar al Instituto Mexicano del Seguro Social el patrón, la obligación de éste nace como se vio anteriormente desde el artículo 123 Constitucional que le otorga el derecho al trabajador de recibir los servicios que otorga el Seguro Social pero solo menciona el derecho de los trabajadores por prestar sus servicios a otra persona, por lo que es necesario mencionar cuáles son los artículos que señalan las obligaciones del patrón hacia sus trabajadores, por ejemplo el artículo 1935 del Código Civil se refiere al riesgo profesional:

²⁵ Ley del Seguro Social Artículo 3

²⁶ Ley del Seguro Social Art 4

"Los patrones son responsables de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores sufridas con motivo o en el ejercicio de la profesión o trabajo que ejecuten; por tanto, los patrones deben pagar la indemnización correspondiente, según que hayan traído como consecuencia la muerte o simplemente la incapacidad temporal o permanente para trabajar."²⁷

Este artículo hace mención y hace responsable directamente al patrón de lo que pueda suceder al trabajador con motivo de la prestación de un servicio, pero atendiendo a que el Instituto Mexicano del Seguro Social es un organismo fiscal autónomo es necesario citar el fundamento legal en términos del Seguro Social para la obligación de los patrones.

Primero mencionaremos el artículo 12 de la Ley del Seguro Social, éste artículo menciona que son sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio:

- I. Las personas que se encuentren vinculadas a otras, de manera permanente o eventual, por una relación de trabajo cualquiera que sea el acto que le dé origen y cualquiera que sea la personalidad jurídica o la naturaleza económica del patrón.
- II. Los miembros de sociedades cooperativas de producción, y
- III. Las personas que determine el Ejecutivo Federal.²⁸

Por lo que es muy claro que cualquier persona que tenga a su servicio o mandato a otra tiene la calidad de patrón y está obligado al pago de cuotas al Seguro Social de acuerdo al artículo 15 de la misma ley.

"Los patrones están obligados a:

- I. Registrarse e inscribir a sus trabajadores en el Instituto Mexicano del Seguro Social..

²⁷ Art. 1935. Código Civil para el Distrito Federal

²⁸ Art. 12. Ley del Seguro Social

- II. Llevar registros como nómina en las que se asiente el número de días trabajados...
- III. Determinar las cuotas obrero patronales a su cargo y enterar su importe al Instituto Mexicano del Seguro Social."²⁹

Estos dos artículos de la ley del Seguro Social dan la pauta para cumplir con el pago de las cuotas establecidas por el Instituto Mexicano del Seguro Social en los términos que el mismo establezca.

²⁹ Art. 15. Ley del Seguro Social.

5. ANTECEDENTES DE LA SUBROGACIÓN DE CUOTAS.

El antecedente de la subrogación es el artículo 65 de la Ley del Seguro Social de 1943 que en su versión original, dejaba a las disposiciones reglamentarias la organización de la prestación de los servicios de asistencia médica, obstétrica y farmacéutica. Sin embargo, en la exposición de motivos del decreto que reforma a la Ley del Seguro Social, publicado el día 28 de febrero de 1949, en la parte relativa a la modificación del artículo 65 mencionado se expresaba³⁰:

“Se quiere afirmar la posibilidad, por parte del Instituto, de celebrar convenios con instituciones o personas extrañas para la prestación de los servicios en los ramos de Riesgos Profesionales y Enfermedades Generales y Maternidad, obedeciendo ello a la ventaja de que aun cuando es conveniente que el IMSS cuente con unidades propias, no es fácil la realización del vasto programa de construcción que sería indispensable al efecto, ni puede supeditarse la atención a la ingente necesidad de extender los beneficios del Seguro Social, a nuevas regiones, a la ejecución de obras que requieran fuertes sumas de dinero y un periodo considerable de tiempo para su determinación. Se ha creído, atendiendo a esta realidad, que algunos servicios privados pueden y deben ser utilizados por el Régimen de Seguridad Social, y sin mengua del cumplimiento de su elevada misión”³¹

Este numeral también fue reformado por los decretos publicados el 31 de diciembre de 1956 y 31 de diciembre de 1970. En ambos casos el legislador pretendió emplear formas de derecho administrativo avanzadas, la concesión a particulares y los convenios de subrogación de servicios con reversión de cuotas, con el propósito de ampliar la cobertura del Seguro Social.

Así el artículo 65 de la LSS de 1943 preveía la posibilidad de que el IMSS suscribiera convenios con instituciones o con personas ajenas a él para la prestación de servicios mediante los entonces

³⁰ Tax Editores, Práctica Fiscal número 200 segunda quincena de octubre 1999

³¹ Nueva Ley del Seguro Social comentada IMSS, 1998 primera edición, Tomo II páginas 491

denominados ramos de riesgos profesionales y de enfermedades generales y maternidad.

Dicha disposición se introdujo por la necesidad tanto de proporcionar los beneficios previstos en la ley como extender los servicios a nuevas regiones, lo cual implicaba un amplio programa de construcción cuyos requerimientos en materia de tiempo y dinero el IMSS no estaba en condiciones de afrontar a esas fechas.

Una de las actividades que marcaron inicialmente la pauta para subrogar servicios fue la minera, lo cual se explica por dos motivos:

1. Lejanía que los puntos geográficos donde se realizaba tal actividad guardaban respecto a centros poblacionales más amplios que ellos; y
2. El elevado costo que representaba trasladar los servicios hasta esos sitios, por demás incomunicados.

Los cambios que, con el tiempo, se introdujeron en los convenios tomaron necesario dar a éstos precisión y certidumbre jurídica.

En la exposición de motivos de la nueva LSS, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995 y vigente desde el primero de julio de 1997, se indica lo siguiente:

“Los convenios de reversión de cuotas, que han existido desde los orígenes del instituto, no contaban con la precisión y certidumbre jurídica requerida, fijándose ahora los principios que le garantizan protección total al trabajador. Asimismo, se establece un mecanismo para que, con transparencia y sin discrecionalidad, las empresas puedan acceder a este tipo de convenios, siempre en beneficio de sus trabajadores y sin poner en riesgo el equilibrio financiero del Instituto”.³²

Para garantizar la observancia de tal disposición, se formuló un reglamento de subrogación de servicios como señala el artículo 9º., fracción III, del Reglamento de Servicio Médicos). Empero,

³²Ley del Seguro Social, exposición de motivos por el Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos el 8 de noviembre de 1995

éste generó múltiples discusiones en la Cámara de Diputados, por lo cual se interrumpió su aprobación y - por consiguiente- su publicación, ante la posibilidad de que llegaran a reducirse los derechos de los trabajadores y de sus beneficiarios.

Sin embargo, la disposición prevalece tanto en el artículo 89 de la LSS de 1997 como la modalidad 17 de aseguramiento del régimen obligatorio del IMSS "Trabajadores cuyo patrón celebra convenio de reversión de cuotas por subrogación de servicios médicos", dada la vigencia de los convenios firmados con anterioridad a ese año.

Entre los convenios antedichos destacan los suscritos por el IMSS con la Asociación de Banqueros de México (ABM antes Asociación Mexicana de Bancos), de los cuales el primero data del 22 de abril de 1957.

Dicho convenio ha experimentado diversas modificaciones (la mas reciente, con fecha 9 de diciembre de 1998) porque algunas instituciones se separaron de la ABM.

5.1 Justificación de la subrogación

El Seguro social nace como una Institución encargada de la protección del trabajador y su familia, con la finalidad de elevar sus condiciones y su calidad de vida.

El Seguro Social en sus inicios no contaba con la infraestructura necesaria para atender a todos sus asegurados, pero a medida que pasa el tiempo el índice demográfico va siendo más elevado y por ende el número de afiliaciones al régimen obligatorio ha aumentado considerablemente, razón por la cual se considera necesario establecer estrategias para que el IMSS cumpla con su principal objetivo.

El crecimiento desmesurado de la población y el aumento en la esperanza de vida han disminuido las posibilidades del IMSS para atender a la población económicamente activa del país y las posibilidades de pagar una pensión a las personas retiradas.

El propósito de la Ley del Seguro Social que entró en vigor el primero de julio de 1997 era de rescatar la situación financiera del Instituto por lo que se optó por tomar diferentes decisiones, entre ellas está la opción de que otras entidades diferentes al IMSS pudieran otorgar el Seguro de Enfermedades y Maternidad y el de Guardería, con esta opción no solo se estaría quitando una carga financiera al Instituto sino que tendría la opción de recibir un porcentaje por el pago de estas cuotas y utilizarlo para crear más infraestructura. Otra medida que se tomó fue la de otorgar el fondo de ahorro para el retiro de los trabajadores a terceras personas con la finalidad de establecer bases sólidas para el bienestar social del trabajador mediante el incremento de ingresos para el país.

5.2 Marco Legal de la Subrogación.

Como se menciono anteriormente el origen de la subrogación data desde la ley del Seguro Social de 1943, en donde la preocupación principal era extender el servicio a los lugares más recónditos de la geografía nacional y para ello propuso estrategias en las cuales el sector privado era un invitado a participar con inversiones en la construcción de instalaciones hospitalarias por lo que la ley de 1973 en su artículo 97 y la nueva ley de 1997 en su artículo 89 mencionan abiertamente la posibilidad de poder subrogar el ramo de Enfermedades y Maternidad.

El artículo 97 de la Ley del Seguro Social del 1973 menciona:

“El Instituto prestará los servicios que tiene encomendados, en cualquiera de las siguientes formas:

I. Directamente, a través de su propio personal e instalaciones.

II. Indirectamente, en virtud de convenios con otros organismos públicos o particulares, para que se encarguen de impartir los servicios del ramo de Enfermedades y maternidad y proporcionar las prestaciones en especie y subsidios del ramo de Riesgos de Trabajo, siempre bajo la vigilancia y responsabilidad del Instituto. Los convenios fijarán el plazo de su vigencia, la amplitud del servicio subrogado, los pagos que deban hacerse, la forma de cubrirlos y las causas y procedimientos de terminación, así como las demás condiciones pertinentes; y

III. Asimismo, podrá celebrar convenios con quienes tuvieren establecidos servicios médicos y hospitalarios, pudiendo convenirse, si se tratare de patronos con obligación al seguro, en la reversión de una parte de la cuota patronal y obrera en proporción a la naturaleza y cuantía de los servicios relativos. En dichos convenios se pactará, en su caso, el pago de subsidios mediante un sistema de reembolsos. Estos convenios no podrán celebrarse sin la previa anuencia de los trabajadores o de su organización representativa.

En todo caso, las personas, empresas o entidades a que se refiere este artículo, estarán obligadas a proporcionar al Instituto los informes y estadísticas médicas o administrativas que éste les exigiere y a sujetarse a las instrucciones, normas técnicas, inspecciones y vigilancia prescritas por el mismo Instituto, en los términos de los reglamentos que con respecto a los servicios médicos se expidan.”³³

El seguro básico que puede prestar el Instituto Mexicano del Seguro Social, es el de Enfermedades generales, medicina preventiva y maternidad, pero el mismo es el más costoso de todos los que existen, sin embargo constituye el elemento indispensable y necesario para el desarrollo armónico de la población. Para evitar erogaciones inútiles, se deben tener en cuenta los puntos acordados el 2 de marzo de 1965 por la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades de Salud Pública, Asistencia y Seguridad, que son los siguientes:

- a) Evitar duplicidades en los recursos materiales.
- b) Subrogar servicios entre una institución y otra.
- c) Establecer un intercambio de información de información para nivelar el desarrollo de los recursos humanos, médicos y administración de las instituciones que se encargan de otorgar asistencia y seguridad social.

La subrogación de servicios para empresas que cuentan con centros asistenciales, trae como consecuencia la reversión de cuotas obrero-patronales de este seguro.³⁴

Tal y como se menciona en la exposición de motivos de la iniciativa de ley de 1997 se establecen bases para la suscripción de convenios de reversión de cuotas, para que las empresas puedan acceder a este tipo de convenios siempre y cuando se tenga como objetivo el beneficio de los trabajadores y sin poner en riesgo el equilibrio financiero del Instituto.

³³ Artículo 97 Ley de Seguro Social (1973)

³⁴ Ley del Seguro Social. Javier Moreno Padilla editorial Trillas México D.F. 1994, páginas 958

A continuación mencionaremos el artículo 89 de la Ley del Seguro Social de 1997:

"El Instituto prestará los servicios que tiene encomendados, en cualquiera de las siguientes formas:

- I. Directamente, a través de su propio personal e instalaciones;
- II. Indirectamente, en virtud de convenios con otros organismos públicos o particulares, para que se encarguen de impartir los servicios del ramo de enfermedades y maternidad y proporcionar las prestaciones en especie y subsidios del ramo de riesgos de trabajo siempre bajo la vigilancia y responsabilidad del Instituto. Los convenios fijarán el plazo de su vigencia, la amplitud del servicio subrogado, los pagos que deban hacerse, la forma de cubrirlos y las causas y procedimientos de terminación, así como las demás condiciones pertinentes, y
- III. Asimismo, podrá celebrar convenios con quienes tuvieren establecidos servicios médicos y hospitalarios, pudiendo convenirse si se tratare de patrones con obligación al seguro, en la reversión de una parte de la cuota patronal y obrera en proporción a la naturaleza y cuantía de los servicios relativos. En dichos convenios se pactará en su caso, el pago de subsidios mediante un sistema de reembolsos. Estos convenios no podrán celebrarse sin la previa anuencia de los trabajadores o de su organización representativa.

En todo caso las personas, empresas o entidades a que se refiere este artículo, estarán obligadas a proporcionar al Instituto los informes y estadísticas médicas o administrativas que este les exigiere y a sujetarse a las instrucciones, normas técnicas, inspecciones y vigilancia prescritas por el mismo Instituto, en los términos de los reglamentos que con respecto a los servicios médicos se expidan."

La prestación directa del servicio a la que se refiere la fracción primera del artículo arriba mencionado se refiere a que las

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

instituciones públicas de seguridad social deben prestar a las personas que cotizan o que hubieren cotizado y a sus beneficiarios la atención médica que constará de servicios que protejan, promuevan y restauren su salud por lo que en base a la prestación de estos servicios la medicina debe ser preventiva, curativa y rehabilitación.

Para este efecto el Instituto ha establecido una infraestructura hospitalaria y ha formado al personal profesional de la salud suficiente para atender a la mayoría de la demanda de servicios de sus derechohabientes.

La estructura en la que están distribuidos los recursos humanos y materiales del Instituto se conforma por tres niveles de atención de acuerdo con el artículo 4 del Reglamento de Servicios Médicos:

- I. El primer nivel los constituyen las unidades de medicina familiar en donde se otorgan servicios de salud integrales y continuos al individuo y su familia.
- II. El segundo nivel corresponde a los hospitales generales de sub-zona, en donde se atiende a los pacientes que requieren procedimientos de diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación.
- III. El tercer nivel es la red de hospitales de alta tecnología y máxima resolución diagnóstica-terapéutica.

En la actualidad el Instituto es capaz de prestar directamente los servicios a la mayoría de su derechohabencia, aunque el crecimiento constante y acelerado de la población demanda una atención mayor en relación a sus propias necesidades y expectativas.

La prestación de servicios de forma indirecta habla directamente de la subrogación que como se menciono anteriormente es la sustitución de una obligación por otra, permitiendo la sustitución tanto del objeto como del sujeto, en el primer caso se trata de una subrogación real, es decir por mandato de la Ley. En el segundo caso se trata de una subrogación personal con el fin de permitir ejercer en su interés personal todo o parte de los derechos y la transmisión de las obligaciones.

En este sentido, el Instituto mediante la subrogación puede transmitir la prestación del servicio a los derechohabientes a otra persona jurídica, que las asume en las mismas condiciones en que éste las otorga.

La subrogación a la que se hace mención en la fracción segunda del artículo 89 se considera sin reversión y se puede llevar a cabo mediante convenios con organismos públicos y particulares, los cuales deben ser prestadores de servicios de salud y deben cumplir con la normatividad de la materia y contar con los permisos de la autoridad sanitaria.

Esta consideración es de suma importancia ya que la transferencia implica todas las obligaciones que el Instituto daría a sus derechohabientes, ya que aunque éste no preste los servicios directamente no implica que no tenga la obligación de vigilar que los servicios que se presten sean con calidad y oportunidad.

Este tipo de subrogación se puede efectuar mediante el pago de una cuota a una organización prestadora de servicios médicos, que se comprometa a prestar el mismo tipo de servicios, tanto en su naturaleza como en su cantidad, la subrogación por cuota implica que se sustituya la atención de un grupo de derechohabientes y obliga a que la prestadora de servicios cubra los tres niveles de atención.

Se considera sin reversión de cuotas si partimos desde el punto de que la infraestructura del Instituto no es suficiente para atender la totalidad de la demanda en determinados servicios y también si se llega a la conclusión de que los costos de prestarlos directamente pueden ser superiores a las cantidades que se erogarian si se transmitiera esta obligación a un tercero.

La subrogación con reversión de cuotas se menciona en la fracción tercera del artículo 89 de la Ley del Seguro Social ya que da la facultad al Instituto de celebrar convenios con aquellos patrones que tuvieran servicios médicos y hospitalarios.

En este tipo de subrogación se pactará la transmisión de la obligación de otorgar las prestaciones del ramo de enfermedades y maternidad al patrón que a su vez presta servicios médicos y la contraprestación consiste en que el patrón que asume esta

obligación, recibe a cambio que el Instituto devuelva una parte de la cuota obrero-patronal.

Es importante mencionar que para que se puedan celebrar este tipo de convenios es necesario contar con la aprobación de los trabajadores o de su organización ya que será atendido médicamente por los prestadores de servicios que tuviere el patrón, pudiendo así afectar sus intereses.

Asimismo, también podrá subrogarse el pago de subsidio en el seguro de Riesgos de Trabajo, que es una prestación en dinero y que se encuentra vinculada con la prestación de la atención médica y a la expedición de los certificados de incapacidad temporal para el trabajo.

No solo existe la posibilidad de subrogar el ramo de enfermedades y maternidad también como lo menciona el artículo 213 de la ley del seguro social es posible subrogar los servicios de guarderías

"El instituto podrá celebrar convenios de reversión de cuotas o de subrogación de servicios con los patrones que tengan instaladas guarderías en sus empresas o establecimientos si se cumplen los requisitos señalados en el reglamento para la prestación de servicios de guardería."³⁵

Tanto en el ramo de Enfermedades y Maternidad como en el de Guarderías los requisitos a los que se hace mención son el de cumplir con lo que el Seguro Social otorgaría al trabajador, por ejemplo en el caso de Guarderías se considera como un servicio especial que comprende la guarda, custodia, aseo, alimentación, cuidado de la salud, educación y recreación de los hijos de los asegurados, entonces una empresa debe cubrir todas estas expectativas mientras el trabajador se encuentre en el desempeño de su labor.

³⁵ Artículo 213 Ley del Seguro Social 1997

Este artículo establece las formas en que el Instituto puede extender la infraestructura de guarderías a que se refiere el artículo 204 de la ley del IMSS. Estas formas pueden ser:

- Directa.- Está implica que la prestación del servicio se realice en instalaciones propiedad del Instituto y con personal contratado por éste.
- Indirecta.- Está es la prestación del servicio por medio de un tercero que se compromete, con recursos propios, a atender la demanda de este servicio, otorgándolo en las mismas condiciones que el que presta directamente el Instituto.

El artículo en comento establece que la forma jurídica que adoptará la prestación indirecta del servicio será el convenio. Estos convenios serán de subrogación o de reversión de cuotas.

La subrogación consiste en que un tercero asuma, a cambio del pago de una cantidad convenida, la obligación que corresponde prestar, en origen, al Instituto:

- Un servicio en específico, por ejemplo la limpieza, el mantenimiento de los aparatos, el suministro de leche, la recolección de basura.
- El servicio de guardería a un patrón o grupo de patrones.
- El servicio de guardería en una región.

El hecho de que el tercero se subrogue en derechos y obligaciones del Instituto no libera a éste de su responsabilidad frente al derechohabiente.

La reversión de cuotas consiste en que a los patrones que cuenten con instalaciones en las que presten los servicios de guarderías a las madres trabajadoras, con las que tengan celebrado un contrato de trabajo, tienen derecho a celebrar con el Instituto un convenio de reversión de cuotas siempre y cuando el servicio que prestan sea general a todas las madres trabajadoras, se preste bajo la supervisión del Instituto, ofrezca los mínimos que establece éste, siga la normatividad de calidad que emita éste y cumpla con los requisitos de las disposiciones de la materia.

El artículo 192 de la Ley de 1973, cuya redacción es igual al comentado, preveía estas formas de extender los servicios, y con base en esta disposición el Instituto ha instrumentado cuatro tipos de guarderías:

- Guarderías Madres IMSS.
- Guarderías ordinarias.
- Guarderías participativas.
- Guarderías vecinales comunitarias.

Las dos primeras son formas directas de prestar el servicio y las dos últimas indirectas, por medio de convenios de subrogación de servicios.

a) Guarderías Madres IMSS.

La primera guardería del esquema madres IMSS surge en 1946, tres años después de la creación del Instituto. Ésta se crea para dar cumplimiento a la obligación que tenía el Instituto como patrón con respecto a sus trabajadoras en términos del artículo 110 de la Ley Federal del Trabajo. Este derecho laboral de las madres trabajadoras del Instituto, también está contenido en la cláusula 76 de su Contrato Colectivo de Trabajo. Actualmente se cuenta con 8 guarderías de este tipo.

b) Guarderías ordinarias.

Las guarderías de esquema ordinario son aquéllas que el Instituto establece en inmuebles de su propiedad o rentados con el producto de las primas del seguro que administra directamente y en las que el personal que trabaja en ellas tiene celebrada una relación de trabajo con el Instituto. Aproximadamente son 134 guarderías bajo este esquema.

Dentro de este esquema se han establecido convenios especiales con empresas como la Comisión Federal de electricidad y Teléfonos de México, en los cuales se extiende el servicio a niños de 4 a 6 años de edad distribuidos en tres grupos de educación preescolar.

c) Guarderías participativas

El esquema participativo surgió como un programa experimental, fundado en el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 y su implantación fue autorizada por el Consejo Técnico. La guardería participativa consiste en que el Instituto celebra un convenio de subrogación de servicios con una asociación civil especializada en este tipo de servicios, que contrata su propio personal, ajeno al Instituto y sin relación laboral alguna con éste.

La población objetivo de estas guarderías son los asentamientos en las pequeñas comunidades donde la fuerza de trabajo femenina tiene características de fluctuante, atomizada o escasa y con menos de 3000 trabajadoras aseguradas.

Este esquema implica que haya una participación comunitaria y la subrogación de la prestación del servicio a una asociación civil cuyo personal tiene plena autonomía laboral con respecto del Instituto, pero que es asesorada técnicamente por el Instituto. El personal es previamente seleccionado y capacitado por éste y una vez que ha cumplido con cierta preparación profesional es contratado por la asociación civil que administra la guardería.

La supervisión del Instituto en estas guarderías es estrecha, especialmente cuando a las normas que rigen el servicio y a la vigilancia técnica en la operación.

El sistema de atención participativo alcanza un total de 336 guarderías instaladas en el territorio mexicano y atiende a casi el cincuenta por ciento de los niños inscritos en guarderías.

d) Guarderías vecinales comunitarias.

El esquema vecinal comunitario es un servicio subrogado a un tercero ajeno al Instituto, el cual está en disposición de proporcionar la infraestructura necesaria, esto es, inmueble, equipamiento y personal idóneo. Además, este tercero debe capacitar a quien labore en la guardería para la prestación del servicio de acuerdo a la normatividad que garantice la calidad de éste. Aproximadamente son 163 guarderías instaladas bajo este esquema.

En estas guarderías el Instituto tiene la facultad de supervisar y evaluar la calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios.

Estos cuatro esquemas de prestación del servicio de guarderías se conservan en la nueva Ley del Seguro Social y la estrategia de ampliación de la cobertura se orienta en la ampliación de los esquemas de prestación indirecta, por las razones siguientes:

Los gastos de operación por niño en 1994 eran:



1766 Madres IMSS

1525 Ordinaria

629 Participativa

800 Particular (Precio promedio del servicio que aporta una guardería ajena al Instituto)

La explicación de los altos costos de la prestación directa del servicio de guarderías "es el peso de los servicios del personal, debido a los turnos dobles y una plantilla amplia, con respecto al total del gasto de operación."

La estrategia de ampliar el servicio mediante las guarderías participativas ha permitido que " se haya incrementado el número de unidades a 523; es decir, 68 guarderías más que hace tres años. Cabe destacar que a sólo seis meses de vigencia de la nueva Ley han iniciado operación 23 de ellas, lo cual es indicativo de la factibilidad de alcanzar la meta de ampliación de cobertura que nos hemos propuesto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los costos promedio mensual por niño durante 1997 en los diferentes esquemas de atención fueron:

- Madre IMSS \$ 2,937.83
- Ordinario \$ 2,541.03
- Participativo \$ 2,045.00
- Vecinal Comunitario \$ 1,177.35³⁶

Al mes de marzo de 1998 hay trescientos noventa convenios de servicios subrogados, su mayoría suscritos entre 1988 y 1998. Éstos se celebran con personas morales, asociaciones civiles en el esquema participativo y sociedades civiles en el esquema vecinal comunitario.

Otro artículo que debe mencionarse que marca el aspecto jurídico de la subrogación es el artículo 264 de la Ley del Seguro Social en la fracción séptima que menciona las atribuciones que tiene el Consejo Técnico del IMSS.

El Consejo Técnico tendrá las atribuciones siguientes:

"...FBI. Expedir el reglamento de reversión de cuotas para los seguros que expresamente establece esta Ley; así como los demás que fueran necesarios para la exacta observancia de la misma;"³⁷

El artículo arriba citado otorga al consejo técnico la facultad de expedir un reglamento que delimite la subrogación de cuotas a la que hace mención los artículos antes citados, inclusive el artículo 9 del Reglamento de Servicios Médicos hace mención al Reglamento de subrogación de Servicios en su fracción II y III pero en sí la publicación de este Reglamento se ha atrasado.

La mención de la subrogación se puede contemplar en diferentes artículos de distintas leyes, tal es el caso de los

³⁶ Nueva Ley del Seguro Social Comentada, IMSS (Seguridad y Solidaridad Social) 1998 Tomo III, págs 449
³⁷ Ley del Seguro Social artículo 254

artículos de la propia Ley del Seguro Social y de sus reglamentos o por ejemplo el artículo 1935 del Código Civil que menciona "... La responsabilidad el riesgo profesional es del patrón y esta subsistirá aún en el caso de que el patrón contrate el trabajo por intermediario".

Como se mencionó anteriormente la subrogación se lleva a cabo desde hace tiempo y lo que se pretendía con la reforma a la ley de 1943 entre otros aspectos era el de establecer bases claras para la suscripción de convenios que permitieran la subrogación, de ahí el origen del artículo 89 y el 213, sin embargo este concepto sigue sin contar con la precisión requerida para que se lleve a cabo, es decir, que el único que puede determinar los convenios y en base a decisiones internas es el Instituto Mexicano del Seguro Social.

5.3 Convenio de Subrogación de Servicios.

El otorgamiento indirecto de servicios médicos mediante la reversión de las cuotas respectivas va dirigido a los patrones que hubieran contratado o que cuenten con servicios médicos hospitalarios o de guardería y que se obliguen a proporcionar en sustitución del IMSS las prestaciones en especie (y, en su caso, los subsidios) correspondientes a los seguros de enfermedades y maternidad, de riesgos de trabajo o de guarderías.

El esquema de subrogación de servicios con reversión de cuotas para que garantice una adecuada atención a los trabajadores y sus beneficiarios, debe apegarse a los siguientes principios:

- No discriminación, consistente en que todos los trabajadores, sin importar sus funciones, sueldo o posición en la estructura organizacional de la empresa, reciban la misma atención médica, ya que no se deben establecer diferencias en las cuotas de los asegurados por edad, estado de salud o número de dependientes.
- Integralidad, se refiere a que la atención médica se otorgue en los aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación, incluyendo urgencias, así como los tres niveles de atención y prestando los servicios básicos.

- No discrecionalidad, consiste en fijar el reglamento requisitos objetivos para que un patrón que los reúna, pueda solicitar y le sea concedida la celebración del convenio de reversión de cuotas.

5.3.1 Requisitos

El acuerdo de voluntades IMSS patrón se formaliza con la firma de un convenio sobre el cual por lo dispuesto en la LSS y en la normatividad interna del Instituto se reunirán invariablemente los requisitos que se indican a continuación:

1. Contar con el consentimiento de los trabajadores o del sindicato por tratarse de los derechos de los primeros;
2. Integrar y mantener los archivos necesarios para contar con las estadísticas médico-administrativas sobre el otorgamiento de las prestaciones subrogadas sujetas e inspección y vigilancia;
3. Proporcionar al IMSS para efectos de evaluación, en el plazo que ambas partes acuerden, los datos inherentes a las prestaciones subrogadas y mostrar estricta sujeción a las normas técnicas e instrucciones para garantizar la prestación idónea de los servicios;
4. Inscribir a todos los trabajadores en el régimen obligatorio del Seguro Social, así como proporcionar todos los datos y avisos que la ley fije; y
5. Especificar en el convenio lo siguiente:
 - a) Amplitud de los servicios subrogados;
 - b) Porcentaje de reversión de cuotas autorizadas por éstos;
 - c) Mecanismo utilizado por el IMSS para reintegrar a la empresa la parte de las cuotas obrero-patronales por los servicios subrogados;
 - d) Periodo de vigencia; y
 - e) Derechos que el IMSS se reserva, como la facultad de organismo fiscal autónomo para verificar el cumplimiento de las obligaciones; la evaluación de incapacidades permanentes, totales o parciales derivadas de riesgos de trabajo; y la emisión de dictámenes sobre cualquier estado de invalidez.

5.3.2. Modalidad de Aseguramiento 17

La modalidad 17 de aseguramiento del régimen obligatorio del IMSS "trabajadores cuyo patrón celebra convenio de reversión de cuotas por subrogación de servicios médicos", tiene como sujetos de incorporación a los siguientes:

1. Todos los trabajadores vinculados permanentemente o eventualmente a un patrón; y
2. Los integrantes de sociedades cooperativas de producción.

En dicha modalidad se incluye la protección de los sujetos de aseguramiento mediante todos los ramos comprendidos por el régimen obligatorio del IMSS, conforme a los lineamientos siguientes:

SEGUROS Y RAMOS	PRESTACIONES RESPONSABLE DE ELLAS	POR SUBROGAR
Riesgos de trabajo	Patrón	Asistencias médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria, así como de prótesis, de ortopedia y de rehabilitación previstas en el artículo 56 de la LSS. Incapacidad temporal, prevista en el artículo 58, fracción I de la LSS. Recaidas por un riesgo de trabajo, según el artículo 62, párrafo primero de la LSS.
Enfermedades y maternidad	Patrón	Asistencias médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria en los términos del artículo 91 de la LSS. Prorroga del tratamiento médico, según el artículo 92 de la LSS. Prestaciones en especie proporcionadas a derechohabientes, por disposición del artículo 93 de la LSS.

		<p>Prestaciones en especie proporcionadas por maternidad a la asegurada, según el artículo 94 de la LSS.</p> <p>Prestaciones en especie proporcionadas por maternidad a beneficiarias, según el artículo 95 de la LSS.</p> <p>Subsidios proporcionados por enfermedad no profesional a los asegurados, según el artículo 96 de la LSS.</p> <p>Subsidios proporcionados por maternidad a la asegurada según el artículo 101 de la LSS.</p> <p>Ayuda para gastos funerarios, previstos en el artículo 104 de la LSS.</p> <p>Conservación de derechos correspondientes al seguro de enfermedades y maternidad, prevista en el artículo 109 de la LSS.</p>
Invalidez y vida	IMSS	
Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.	IMSS	
Guarderías y prestaciones sociales.	IMSS	

Los beneficiarios legales del asegurado amparados mediante la modalidad 17 son los siguientes:

1. Esposa (o) o concubina (rio)
2. Hijos:

- A) Menores de 16 años de edad;
 - B) Hasta los 25 años, si cursan estudios en planteles del sistema educativo nacional; y
 - C) Incapacitados para mantenerse por su propio trabajo debido a una enfermedad crónica o a un defecto físico o psíquico, mientras tal impedimento no desaparezca.
3. Padres del asegurado, si conviven con éste y dependen económicamente de él.

Respecto a los requisitos de control cabe señalar lo siguiente:

1. Al empresario se asignará un número de registro patronal, a cuyo cargo se inscribirán los trabajadores.

El patrón que cuente ya con número de registro en la modalidad 10 del régimen obligatorio lo conservará y modificará únicamente los dos dígitos de la modalidad 17 (el de la 10 se cancelará).

2. Para reportar los movimientos afiliatorios de los asegurados, se presentarán - en original, mediante dispositivos magnéticos o por teleproceso- los avisos de alta, baja y modificaciones salariales en los plazos y términos que la LSS y el Reglamento de Afiliación señalen.
3. Los asegurados contarán con un número de seguridad social intransferible-en su caso, el IMSS aplicará uno al momento de tramitar el alta-, que será la base para proporcionar las prestaciones institucionales.

Por otra parte la base de cotización será el salario diario integrado del trabajador, conforme a lo dispuesto en el artículo 27 de la Ley del Seguro Social que señala:

" Para los efectos de la LSS, el salario base de cotización se integra con los pagos hechos en efectivo por cuota diaria y las gratificaciones, percepciones, alimentación, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquier otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por sus servicios.

Se excluyen como integrantes al salario base de cotización, dada su naturaleza, los siguientes conceptos:

- I. Los instrumentos de trabajo tales como herramientas, ropa y otros similares.
- II. El ahorro, cuando se integre por un depósito de cantidad semanal, quincenal o mensual igual del trabajador y de la empresa; si se constituye en forma diversa o puede el trabajador retirarlo más de dos veces al año, integrará salario; tampoco se tomarán en cuenta las cantidades otorgadas por el patrón para fines sociales de carácter sindical.
- III. Las prestaciones adicionales que el patrón convenga otorgar a favor de sus trabajadores por concepto de cuotas del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.
- IV. Las aportaciones al instituto nacional para la vivienda de los trabajadores y las participaciones en las utilidades de la empresa.
- V. La alimentación y la habitación cuando se entreguen en forma onerosa a trabajadores; se entiende que son onerosas estas prestaciones cuando representen cada una de ellas, como mínimo, el veinte por ciento del salario mínimo general diario, que rija en el DF.
- VI. Las despensas en especie o en dinero, siempre y cuando su importe rebase el 45% del salario mínimo gral. diario vigente en el DF.
- VII. Los premios de asistencia y puntualidad, siempre que el importe de cada uno de estos conceptos no rebase el 10 % del salario base de cotización.
- VIII. Las cantidades aportadas para fines sociales, considerándose como tales entregadas para constituir fondos de algún plan de pensiones establecido por el patrón o derivado de contratación colectiva. Los planes de pensiones serán sólo los que reúnan los requisitos que establezca la Comisión Nacional del Sistema de ahorro para el Retiro, y

IX. El tiempo extraordinario dentro de los márgenes señalados en la Ley Federal del Trabajo."³⁸

Es decir que todo lo que el patrón le dé a su trabajador integrará el salario base de cotización excluyendo los puntos a los que hace mención el artículo antes citado, veamos un ejemplo del cálculo del salario base de cotización para un trabajador que gana \$ 100 diarios.

Salario diario	\$ 100.00		\$100.0000
Vacaciones	6 días	$\$100 \times 6 \times 25\% / 365$.41095
Prima Vacacional	25%		
Aguinaldo	15 días	$\$100 \times 15 / 365$	4.10958
Despensa	30% s/salario	$40\% \times \$40.65(\text{smg}) = \16.26 $30\% \times \$100 = \30.00	13.74000
Alimentación	\$11.00	$20\% \times \$40.65(\text{smg}) = \8.13 cobro \$11.00	No integra porque el cobro no es inferior a lo establecido por ley
Uniformes	\$60 quincenal		No integra el uniforme
Premio de puntualidad	\$100.00	$10\% \text{ sbc} = 1.826$ $\$100 / 15 = 6.666$	4.8400
Total			\$ 123.1003

En cuanto al periodo de inscripción y a la fecha de inicio del aseguramiento, deben atenderse dos puntos:

1. El aseguramiento surtirá efectos a partir de la fecha de la inscripción y se considerará vigente, con todos sus derechos, mientras el Instituto no reciba el aviso de baja; y
2. Si el aviso de Inscripción es extemporáneo, se reconocerán las semanas cotizadas desde la fecha de inicio de la relación laboral.

³⁸ Artículo 27 Ley del Seguro Social

6.CONTROVERSIAS RELACIONADAS CON LA SUBROGACION DE CUOTAS

La subrogación de cuotas es un tema que se ha venido tratando de años atrás, como se vio anteriormente su origen se encuentra en la Ley del Seguro Social de 1943, desde entonces se está dando opción a que instituciones privadas presten sus servicios sustituyendo los servicios que debe prestar el Instituto Mexicano del Seguro Social en cuanto a enfermedades y maternidad se refiere, sin embargo no existía ni existe a la fecha un reglamento que pueda delimitar el aspecto de la subrogación.

En la actualidad este tema ha sido analizado mas a fondo debido a que existen diferentes posturas respecto a este concepto, por un lado ya existen propuestas del reglamento de subrogación de cuotas que apoyan el hecho de que el ramo de enfermedades y maternidad pueda ser atendido por instituciones privadas, y por otro lado existe la demanda de derogar los artículos de la Ley del Seguro Social que dejan abierta la posibilidad de que exista algún convenio de subrogación, tales artículos serían el 89 y el 213 de la Ley del Seguro Social.

6.1. Pugnan por la reversión de cuotas

El Consejo Coordinador Empresarial (CCE), que preside Claudio X. González, junto con su especialista en materia de seguridad social, Ernesto Rubio del Cueto, mantienen vivo el proyecto de reversión de cuotas del IMSS, así como la subrogación de servicios médicos. Vicente Fox recibió el anteproyecto del reglamento para la reversión de cuotas preparado por las principales cámaras empresariales del país. La propuesta se encontraba en línea con el proyecto del político panista para este sector, lo que hace pensar al CCE que posiblemente será este año cuando se aplique finalmente la reforma para generalizar la subrogación de cuotas obrero-patronales de los ramos de enfermedad, maternidad y riesgos del trabajo. Así, el empresario asumiría la responsabilidad

de proporcionar los servicios integrales de salud a sus trabajadores.³⁹

En la actualidad, este esquema de atención cubre a poco más de 200 mil asegurados, menos de 2 por ciento de los cotizantes totales del IMSS y afecta menos de 4 por ciento de los ingresos del organismo. En estas cifras se basa la afirmación del sector privado, en el sentido de que la reversión de cuotas no impactaría a las finanzas de la principal entidad de seguridad social del país.

El sector empresarial espera que Santiago Levy designe a los funcionarios que se harían cargo de revisar el proyecto, que lleve la subrogación de cuotas más allá del universo de 70 entidades que ahora lo utilizan.

Es importante subrayar que el sector empresarial, ha pronosticado que sin el reglamento de subrogación de servicios y reversión de cuotas difícilmente registrarán un inicio exitoso las Instituciones de Seguros Especializadas en Servicios de Salud (ISES).⁴⁰

Como se puede apreciar en lo arriba mencionado el ahora Presidente Vicente Fox recibió el anteproyecto del reglamento de reversión de cuotas dando a entender que él mismo tenía planeado dentro de su campaña política la aprobación del reglamento por lo que la tendencia a favor de la subrogación es evidente.

La justificación del reglamento sería entonces la de normar las condiciones bajo las cuales se debe de dar la subrogación entre las instituciones privadas y el Instituto Mexicano del Seguro Social para así poder obtener mejores beneficios y tener bajo control los convenios de subrogación y a las empresas privadas que prestarán sus servicios.

Una parte importante dentro de la controversia que genera este tema es el aspecto financiero del Instituto ya que con la aprobación de los convenios de subrogación éste dejaría de percibir lo correspondiente a las cuotas por el ramo de

³⁹ Página web www.estenio.com.mx/boletín15/boletínfr.htm

⁴⁰ Idem

enfermedades y maternidad, sin embargo la respuesta que se da a este tipo de cuestionamiento es que lo que el Instituto deje de recibir no afectará en nada el funcionamiento del mismo, ya que sería un porcentaje mínimo del total que recibirá normalmente.

Sin embargo, el Presidente Vicente Fox en su Plan de Desarrollo Nacional no menciona en absoluto la idea de la celebración de convenios de subrogación.

En aspectos de seguridad social la justificación principal del Presidente para poder realizar cambios y modificaciones para mejorar la seguridad social en el país es la siguiente:

"Aun cuando la tasa de crecimiento poblacional va en descenso, dentro de los siguientes seis años la población se incrementará en 10 millones de habitantes. Por tanto, la demanda de servicios que presta el gobierno se incrementará y será especialmente alta en educación y salud. A este respecto, el aumento de la esperanza de vida, así como la transición epidemiológica, en la que las enfermedades crónico-degenerativas están remplazando a las enfermedades diarreicas e infecciosas, representan un enorme reto para los servicios de salud, más aún cuando dos millones de hogares utilizan más del 30% de su ingreso disponible en la atención a la salud, lo que implica un alto costo para el presupuesto familiar.

Los resultados del Diagnóstico Basal de Calidad realizado entre 1997 y 1999 en centros de salud y hospitales generales de la Secretaría de Salud, indican que el abastecimiento de medicamentos es insuficiente, y que el equipo en los hospitales es inadecuado y obsoleto. Además, hay un uso deficiente de los expedientes clínicos y un serio problema de falta de apego a la normatividad en el manejo y control de enfermedades. Otro indicador de problemas de calidad es la falta de certificación de las unidades de salud.

Por otra parte, es urgente una reforma integral del sistema de pensiones para darle viabilidad. En el

Instituto Mexicano del Seguro Social y en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado existe un grave déficit en los fondos de reserva para el servicio de las obligaciones, además del crecimiento de los costos de operación, de modo tal que ambas instituciones enfrentan una situación de insolvencia. Esta crisis financiera ha obligado a absorber el fondo destinado a servicios sociales y culturales.

En cuanto a los servicios sociales, la creciente incorporación de las mujeres al mercado de trabajo hace necesario ampliar de manera significativa el servicio de guardería. En la actualidad, el IMSS atiende a 103 300 niños, mientras que el ISSSTE atiende a 34 270 niños, lo cual representa 12% de la población potencialmente demandante: 289 059 infantes derechohabientes.

En el aspecto laboral, a pesar de que el esfuerzo y la dignidad del trabajador están contemplados en la legislación, no se ha logrado su inclusión en la concepción del trabajo como un medio integral para el desarrollo humano. Asimismo, ha habido un enfoque limitado de la relación entre productividad y poder adquisitivo de la sociedad. Por otra parte, no obstante la existencia de esquemas para la interacción de los actores laborales, los acuerdos cupulares han carecido de representatividad, resultando en esquemas carentes de credibilidad y confianza. El marco jurídico actual en materia laboral resulta insuficiente y existen sectores de la sociedad que han sido marginados o que no tienen un adecuado tratamiento en la ley. Es estratégicamente indispensable impulsar una reforma laboral integral."⁴¹

Lo antes mencionado no es algo nuevo, como se sabe la población crece considerablemente año con año y con ella la demanda de servicios adecuados para satisfacer sus necesidades.

⁴¹ Página web http://pnd.presidencia.gob.mx/pndcs/rv/tp1/Documento.cfm?id=PND_7-3

Las opciones que planteaba el Presidente Vicente Fox para lograr este crecimiento satisfactorio para la población son las siguientes:

"Eleva los niveles de salud, garantizando el acceso a los servicios integrales de salud con calidad y trato digno, fortaleciendo el tejido social al reducir las desigualdades y asegurando protección económica a las familias.

Asegurar el acceso a los servicios de salud y que los usuarios reciban un trato profesional y digno, que los satisfaga plenamente y que, al mismo tiempo, protejan la economía familiar de gastos excesivos, para fortalecer la cohesión social al reducir las desigualdades. Asimismo, se buscará la participación responsable de la población en el cuidado preventivo individual, familiar y colectivo de la salud.

Contribuir al desarrollo integral de las familias mexicanas mediante el otorgamiento de prestaciones y servicios de seguridad social.

La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión, previo cumplimiento de los requisitos legales.

El gobierno de la República desarrollará y ampliará las modalidades de seguridad social: brindará una mejor atención a la población actual y a las nuevas familias que demandarán y tendrán derecho al servicio, y apoyará a quienes no tienen esta protección; mediante la concertación entre instituciones públicas y privadas, se buscará aumentar las oportunidades de acceso a las estancias infantiles para los hijos de las madres trabajadoras y mejorar así las oportunidades de participación de las mujeres en la vida productiva para elevar su calidad de vida."⁴²

⁴² Página web <http://pnd.presidencia.gob.mx/pnd/csm/tp1Documento.cfm?id=PND-7-3>

Como se puede observar la opción de celebrar convenios de subrogación para mejorar las condiciones de atención médica no están incluidas en el Plan de desarrollo, sin embargo en nuestra opinión lo que se menciona anteriormente es a lo que se quiere llegar y en realidad no especifica la forma en que se logrará.

6.2. Iniciativa de reforma a los artículos 89 y 213 LSS

La iniciativa de reforma a estos artículos fue presentada el 29 de abril de 1998, los motivos de las reformas a estos artículos que hablan de la subrogación son los siguientes:

Desde el punto de vista de los diputados del PRD y del PAN, lo que se pretende con la aprobación de los artículos 89 y 213 es la privatización, mencionan que el fin de estos artículos en un principio era el de apoyar al IMSS debido a que no contaba con la infraestructura ni el material necesario para poder satisfacer las necesidades de sus asegurados, pero que en la actualidad ya cuenta con los medios necesarios para poder hacerse cargo de sus responsabilidades, el motivo por el que no lo ha hecho es porque consideran que no solo el campo económico y financiero están siendo privatizados, sino que también se está dando pie a la privatización de las instituciones de bienestar social.

El nuevo sistema de pensiones privado fue el primer paso hacia la privatización, ya que el Banco Mundial apoya la idea de que los gobiernos se hagan cargo de un conjunto de servicios clínicos esenciales, lo que permitiría que el resto de la atención a la salud se financie de manera privada y a través de seguros sociales.

Basándose en la idea de que el Seguro Social es una institución en que se compensan las cargas económicas de sus costos entre un gran número de empresas y asegurados, es casi imposible que cualquier problema pueda ser resuelto individualmente.

Lo que se pretende con la reforma a los artículos antes mencionados es evitar toda posibilidad de privatizar, el artículo 89 actualmente menciona lo siguiente:

"El Instituto prestará los servicios que tiene encomendados, en cualquiera de las siguientes formas:

- I. Directamente, a través de su propio personal e instalaciones;
- II. Indirectamente, en virtud de convenios con otros organismos públicos o particulares, para que se encarguen de impartir los servicios del ramo de enfermedades y maternidad y proporcionar las prestaciones en especie y subsidios del ramo de riesgos de trabajo siempre bajo la vigilancia y responsabilidad del Instituto. Los convenios fijarán el plazo de su vigencia, la amplitud del servicio subrogado, los pagos que deban hacerse, la forma de cubrirlos y las causas y procedimientos de terminación, así como las demás condiciones pertinentes, y
- III. Asimismo, podrá celebrar convenios con quienes tuvieren establecidos servicios médicos y hospitalarios, pudiendo convenirse si se tratare de patronos con obligación al seguro, en la reversión de una parte de la cuota patronal y obrera en proporción a la naturaleza y cuantía de los servicios relativos. En dichos convenios se pactará en su caso, el pago de subsidios mediante un sistema de reembolsos. Estos convenios no podrán celebrarse sin la previa anuencia de los trabajadores o de su organización representativa.

En todo caso las personas, empresas o entidades a que se refiere este artículo, estarán obligadas a proporcionar al Instituto los informes y estadísticas médicas o administrativas que este les exigiere y a sujetarse a las instrucciones, normas técnicas, inspecciones y vigilancia prescritas por el mismo Instituto, en los términos de los reglamentos que con respecto a los servicios médicos se expidan."

Y la propuesta de modificación de los artículos quedaría:

Artículo 89

"El Instituto prestará los servicios que tiene encomendados de manera directa a través de su propio personal e instalaciones; solamente en caso de excepción debidamente fundado y motivado y cuando el Instituto se encuentre imposibilitado para realizar dicha prestación de manera directa y cuando se encuentre en peligro la vida y la integridad física y/o funcional de los derechohabientes, se podrá realizar de manera indirecta en virtud de convenios con otros organismos públicos o particulares, para que se encarguen de impartir los servicios del ramo de enfermedades y maternidad y proporcionar las prestaciones en especie y subsidios del ramo de riesgos de trabajo, siempre bajo la vigilancia y responsabilidad del Instituto"

- I. Se deroga
- II. Se deroga
- III. Se deroga⁴³

Lo que se pretende lograr con la modificación del artículo 89 es casi negar la posibilidad de que otra institución preste los servicios de salud por el Instituto al derogar principalmente las fracciones II y III que hablan de la posibilidad de llevar a cabo los servicios médicos de forma indirecta y la opción de celebrar convenios de subrogación respectivamente.

El artículo 213 de la Ley del Seguro Social menciona:

"El instituto podrá celebrar convenios de reversión de cuotas o de subrogación de servicios con los patrones que tengan instaladas guarderías en sus empresas o establecimientos si se cumplen los requisitos señalados en el reglamento para la prestación de servicios de guardería."

La propuesta que se presentó agrega al artículo original la existencia de un acuerdo con el Consejo Técnico del Instituto como a continuación se señala:

⁴³ Diario de los debates LVIII Legislatura, Sesión Ordinaria 1998

Artículo 213

"El Instituto podrá celebrar convenios de subrogación de servicios, con los patrones que tengan instaladas guarderías en sus empresas o establecimientos, cuando reúnan los requisitos señalados en esta ley y los reglamentos relativos y aplicables de la materia. Para la suscripción de este convenio, deberá existir acuerdo previo del consejo técnico del Instituto debidamente fundado y motivado".

Por último la propuesta que se hace del artículo 264 es la de derogar la fracción VII que dice:

"El consejo técnico tendrá las atribuciones siguientes:
VII. Expedir el reglamento de reversión de cuotas para los seguros que expresamente establece esta Ley; así como los demás que fueran necesarios para la exacta observancia de la misma."

El dictamen de estas modificaciones fue que no había necesidad de cambiar los dos primeros artículos en cuestión, el único que debía cambiar era el artículo 264 en su fracción VII pero sin derogarla quedando así:

VII. Proponer al Ejecutivo Federal los reglamentos que fueren necesarios para la exacta observancia de esta ley en la esfera administrativa.

Con esta serie de propuestas lo que se pretende hacer es evitar la privatización de los servicios médicos y también quitarle responsabilidad al Instituto Mexicano del Seguro Social quién está obligado a dar servicio a los trabajadores del país ya que es considerado como el principal órgano de seguridad social.

Como ejemplo de la controversia que existe ante esta situación de la modificación de los artículos antes mencionados citaremos

algunos boletines que se encuentran en la Cámara de Diputados referente a esta temática.

Boletín No.1809

La Cámara de Diputados aprobó por 248 votos, el dictamen que reforma los artículos 89, 213 y 264 de la Ley del Seguro Social, cuyo propósito es que los convenios de subrogación no comprometan la estabilidad y solvencia financiera del IMSS, su naturaleza solidaria, ni el carácter integral del servicio, en los ramos de "Enfermedades y Maternidad" y de "Riesgos de Trabajo". De conformidad con el dictamen en comento, se reforman las fracciones II y III del artículo 89, en el cual se establece que los convenios firmados con otros organismos públicos o particulares, para que impartan los servicios de enfermedades y maternidad y proporcionen las prestaciones en especie y subsidio del ramo de riesgos de trabajo, se den solamente en casos de excepción, siempre bajo la vigilancia y responsabilidad del instituto.

Se agrega que los convenios, por ningún motivo deberán comprometer la estabilidad financiera, la naturaleza solidaria y el carácter integral de enfermedades, maternidad y riesgos de trabajo. Deberán especificar claramente el plazo de su vigencia, tendrán siempre un carácter transitorio, la amplitud del servicio subrogado, los pagos que deban hacerse, la forma de cubrirlos, así como las causas y procedimientos de terminación.

Asimismo, se podrá celebrar convenios con quienes tuvieren establecidos servicios médicos hospitalarios, pudiendo convenirse si se trata de patrones con obligación al seguro en la reversión de una parte de la cuota patronal y obrera en proporción a la naturaleza y cuantía de los servicios.

Se derogó también la fracción VII del artículo 264, para limitar la participación del Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el proceso de elaboración de su reglamento, ya que la facultad reglamentaria, es propia, exclusiva e indelegable del Presidente de la República, por lo que es correcto que dicho consejo deje de ejercerla, sin perder su facultad de proponer los reglamentos necesarios.

Por lo que hace al artículo 213, se consideró que debe permanecer su redacción, en lo que se refiere a los convenios de eliminación de cuotas a patrones que cuenten con guarderías en sus empresas, pues suprimir esta fracción, incidiría en la posible desaparición de

las existentes y se frenaría la eventual instalación de futuras estancias infantiles en empresas privadas.

Al fijar la postura del Partido Acción Nacional, José de Jesús Montejo Blanco, señaló que según cifras de la Asamblea General del IMSS, el Instituto tienen un máximo histórico de 14 millones 70 mil trabajadores afiliados y 43 millones 250 mil derechohabientes, es decir, el 56.4% de la población del país contra los 9.5% que atendía en 1995.

El diputado explicó que el PAN no está en contra de que empresas privadas presten --en forma complementaria-- servicios que otorga el Instituto, por ello, propone que la subrogación de éstos se otorgue siempre y cuando los convenios no comprometan la estabilidad y solvencia financiera del Instituto.

Enseguida el diputado Gonzalo Rojas Arreola (PRD), indicó que las reformas darán certidumbre al IMSS y a sus beneficiarios, toda vez que se precisa que a través de la subrogación de servicios y la reversión de cuotas no se corre el peligro de dismantelar el Instituto, como es la intención de los organismos financieros internacionales.

En tanto, Víctor Manuel Carreto Fernández de Lara (PRI), se pronunció en contra del dictamen por considerar que las reformas no tienen sustento en estudios técnicos, financieros y sociales, pues prejuzgan la situación real que guarda la operación administrativa de los esquemas de subrogación de servicios y de reversión de cuotas.

Señaló que subrogación no significa otorgar concesiones ni facultades a los particulares u organismos públicos, por el contrario, éstos deben sujetarse a las condiciones que el propio instituto determine a través de su consejo técnico.

En su turno, Jaime Hugo Talancón Escobedo (PRI), dijo que la subrogación ya se concebía desde 1943 y, 50 años después, el Seguro Social no se ha privatizado, por lo que cualquier reforma al artículo 89 no puede ir en sentido contrario, sería un paso atrás. Consideró que la iniciativa es retrograda, pues atiende a intereses ajenos vinculados con quienes ven en el sector público al único proveedor eficiente de los servicios de salud.

Coincidió en que es falso que la subrogación pretenda la privatización del Seguro Social, por el contrario permite que en los casos en que al IMSS no puede o no le conviene establecer un servicio por razones de costos para un determinado grupo de

derechohabientes, pueda ser prestado por una empresa, a un menor costo y con el consecuente beneficio para el trabajador.

En su oportunidad, el diputado José Luis Sánchez Campos (PRD), reconoció que el IMSS presta un servicio ejemplar tanto en la atención de salud, como de seguridad social. Al mismo tiempo, sostuvo que la política económica neoliberal aplicada en nuestro país, ha sido en contra del bienestar de la población.

Además de que el neoliberalismo ha representado un retroceso, pues la privatización no ha resuelto los problemas del país, como ha sido el caso de la banca y del rescate carretero.

Por su parte, el diputado Vicente de la Cruz Santiago (PRI), reiteró que los argumentos ofrecidos no tienen sustento y carecen de fundamentos, ya que prejuzgan la situación real que guarda la regulación legal y la operación administrativa de los esquemas de subrogación de servicios y de reversión de cuotas para la prestación indirecta de servicios, prestaciones y subsidios de los ramos correspondientes a enfermedades y maternidad; riesgo de trabajo y, guarderías del IMSS.

Los artículos de la Ley del Seguro Social que hoy se pretenden reformar, dijo, establecen con toda precisión y suficiencia las condiciones y los términos a que deberán sujetarse la prestación de los servicios mediante estas modalidades.

Más adelante, Gonzalo Rojas Arreola (PRD), hizo un llamado a los legisladores a votar a favor del dictamen, con el propósito de preservar la salud de miles de mexicanos, ya que los servicios han decrecido notablemente en los últimos años.⁴⁴

Boletín No.811

El diputado Gustavo Espinosa Plata (PAN), clausuró hoy los trabajos del foro La Seguridad Social en el IMSS, Hoy, donde se recibieron diversas propuestas relativas a la derogación del artículo 89º y 213º de la actual legislación; destinar mayores recursos a la atención de los mexicanos y, que el Poder Legislativo supervise el funcionamiento de ese organismo.

En el evento, el diputado Gonzalo Rojas Arreola (PRD), presidente de dicho órgano parlamentario reiteró que el compromiso del Poder Legislativo es velar por los intereses de las mayorías, por encima de los capitales extranjeros que, a través del Banco

⁴⁴ Página web www.camaradediputados.gob.mx/yprensa/archivo/98/julio_09.htm

Mundial, pretenden privatizar la seguridad social en México. Explicó que una vez que se hayan conjuntado los trabajos de los cinco foros que se prevé realizar, la comisión que preside dará a conocer dichos resultados.

Por su parte, Miguel Ángel Solares Chávez (PRD), a nombre de su partido aseguró que en los cuatro foros realizados hasta el momento, la demanda principal de los trabajadores es una negativa contundente tanto a la privatización de los servicios del Seguro Social, como a la reversión de cuotas y la subrogación de los servicios, así como un sistema de pensiones y jubilaciones justo y equitativo.

Por otra parte, al dar a conocer la relatoria de la mesa de trabajo número 1, denominada Nueva Ley del Seguro Social, se habló de la necesidad de detener el proceso de privatización que atenta contra la seguridad social, pues a pesar de que el gobierno federal maneja un doble discurso, todos los trabajadores deberían organizarse, a fin de rescatar la tradición solidaria del IMSS.

En tanto, la mesa sobre Servicios Médicos y Prestaciones Sociales, criticó el bajo presupuesto asignado a este ramo, ya que ello va en detrimento de la calidad de la atención al asegurado. Además, se pidió la derogación de los artículos 89º y 213º del actual marco jurídico, por considerar que busca la subrogación de servicios y el desmantelamiento de la institución.

Respecto a la número 3, titulada Nuevo Sistema de Pensiones, se mencionó que ante las nuevas disposiciones surgidas del marco normativo, reformado en 1995, se perjudica a todo el sector de los pensionados, por lo que, se consideró que dicha revisión generó un retroceso en la materia.

Asimismo, en la mesa 4, Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro y Disposiciones Reglamentarias, se reconoció, en voz de Luis Miguel Fernández --representante de la Afore Bancomer-- que el actual mecanismo opera satisfactoriamente, aunque reconoció que éste puede ser perfectible en lo técnico. Sin embargo, Gerardo Salgado Villegas, quien se presentó como un trabajador asalariado, indicó estar en desacuerdo en que "los banqueros manejen los fondos de pensiones".⁴⁵

⁴⁵ Página web www.camaradecolombianos.gob.mx/sofocms/archivos/98/julio09.htm

Boletín No.810

El Foro de consulta nacional denominado La Seguridad Social en el IMSS. Hoy, organizado por la Comisión de Seguridad Social de la Cámara de Diputados que preside Gonzalo Rojas Arreola (PRD), recibió propuestas en torno a la prestación de guarderías para los hijos de las madres trabajadoras; sobre las Administradoras de Fondos para el Retiro (Afores) y, en contra de la subrogación de los servicios que presta la institución.

Cristina Fuentes Rosas, delegada de la sección 34 del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, señaló que dada la incorporación de las mujeres al mercado laboral y la consecuente variedad de horarios de trabajo, es necesario ampliar los tiempos de servicio en las guarderías, ya que los actuales no cubren las necesidades reales de las madres trabajadoras. Además, propuso ampliar esta prestación hasta los seis años de edad.

En la ponencia, Seguro de Guarderías y Subrogación de Servicios, denunció la falta de apoyo para los niños con discapacidad, por lo que consideró que es indispensable abrir instalaciones donde se les brinde atención especializada de acuerdo a las limitaciones que presenten, en virtud de que deben tener la oportunidad de desarrollarse y de no ser marginados.

En cuanto a la subrogación de servicios, Fuentes Rosas consideró de la mayor importancia la creación de una comisión que vigile la correcta distribución de los recursos financieros, aportados por los trabajadores.

Por su parte, José Luis García López, delegado sindical de guarderías, pertenecientes a la delegación 1 Noroeste del Distrito Federal, se pronunció por la derogación del artículo 213 de la nueva Ley del Seguro Social, referente a la subrogación de servicios, ya que su objetivo es la disminución de costos y no el mejor desarrollo de la población infantil.

En tanto, José Miguel Gutiérrez Roldán, representante de la Comisión de Seguridad Social del Comité Ejecutivo Seccional, Estado de México, propuso la derogación de los artículos 89, fracción dos; 264, fracción séptima y 213, de la nueva Ley del Seguro Social, que promueve la subrogación de servicios y la reversión de cuotas, por considerar que ello significaría una privatización del IMSS o el desmantelamiento de la institución.

En su turno, Carlos Olivas, representante del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, sección cinco, dijo que la actual

Ley del Seguro Social es violatoria de las garantías constitucionales, pues existe un vasto sector de la población no incluido en ningún esquema de seguridad social, con lo cual no se da cumplimiento al Derecho a la Salud.

En su intervención Ana Margarita Garza Villarreal, directora Jurídica de la Afore Confía Principal, S.A. de C.V., dijo que la inversión extranjera en el capital social de las Afores es un tema que ha suscitado innumerables controversias, desde el punto de vista, tanto político, como social y económico, pero que la Ley respectiva establece los mecanismos para garantizar que dicha inversión beneficie a los trabajadores y a la economía nacional en su conjunto.

En su oportunidad, Javier Beristáin Iturbide, director General de la Afore XXI, señaló que la función de las administradoras se enmarca en el doble propósito de procurar la maximización de las pensiones y fortalecer el proceso de crecimiento económico, a través del desarrollo de los mercados financieros a largo plazo.

Durante su intervención, señaló que la mayor contribución del nuevo sistema de pensiones se observa en el fortalecimiento que ofrece al ahorro interno, pues promueve el desarrollo de los mercados financieros e incrementa el flujo de recursos al mismo.

Así, consideró que en la medida en que se genere un mayor nivel de ahorro, se contará con recursos necesarios para financiar la inversión productiva que requiere el país, sin necesidad de asumir los riesgos que implica la dependencia del ahorro externo.

En su oportunidad, Humberto Allende, director de la Afore Santander Mexicano, manifestó que el actual sistema privado de pensiones, prevé un aumento en la inversión, ya que los fondos ahorrados permitirán la creación de empresas, empleos y de nuevos proyectos a largo plazo, que a su vez, evitarán depender sólo de las inversiones especulativas, y terminar así con los cambios drásticos en el tipo de cambio y tasas de interés, que generan devaluaciones y severas crisis financieras.

Además, el trabajador recibirá un incremento en su pensión y mejores remuneraciones que elevarán su solvencia económica, en comparación al anterior sistema, al cual se le atribuye el déficit fiscal, el aumento en la inflación, menor crecimiento económico, el desempleo.

Boletín No.1437

Integrantes de la Comisión Investigadora del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de la Cámara de Diputados, que preside Silvia Oliva Fragoso (PRD), señalaron que no se debe satanizar la subrogación de los servicios y la reversión de cuotas de la institución, sino aplicar con estricto rigor la ley para impedir que se negocie con la salud de los mexicanos; además se pronunciaron porque cualquier propuesta de modificación a la Ley en la materia, sea consensada por los sectores involucrados.

Durante una reunión de trabajo de la citada Comisión con funcionarios del instituto, legisladores de las distintas fracciones preguntaron en qué estados se da el mayor número de subrogación de los servicios; cuál es la situación actual en el otorgamiento de los contratos o si existe alguna discrecionalidad; si el IMSS tiene capacidad para enfrentar los compromisos contraídos o son suficientes las cuotas para la prestación de servicios básicos.

En su exposición, Gabriel Martínez González, director de Planeación y Finanzas del IMSS, explicó que el gasto en servicios subrogados a nivel nacional no se incrementó en el lapso comprendido entre 1993 y 1998, ya que en el primer año en cuestión fue de 0.62% y, en el último representó el 0.90%, principalmente, en los rubros administrativos, guardería, de diagnóstico y en el aspecto curativo.

En la ronda de preguntas y respuestas, el diputado Ricardo García Sáinz (PRD), señaló que el IMSS enfrenta un problema estructural y un desmantelamiento en la prestación de los servicios, así como una insuficiencia en las cuotas y el nivel de atención. Preguntó si con la reforma a la Ley en la materia, se tuvieron ingresos adicionales y si en términos estructurales se tiene capacidad para enfrentar los compromisos contraídos por la institución o en la prestación de servicios.

Al respecto, Gabriel Martínez González, dijo que con las reformas a la Ley en la materia, se atendieron algunos pasivos de años anteriores y se incrementó la inversión en servicios, así como los recursos que se destinaron al IMSS, de ahí que tan sólo en el segundo semestre de 1997, se tuvo un excedente de 5 mil 300 millones de pesos, de los cuales 2 mil 300 millones se destinaron al seguro de invalidez; en 1998, el excedente fue de 5 mil millones de pesos y para este año se crearon las reservas para el régimen

de jubilados y pensionados, de ahí que se cuente con 3 mil 400 millones de pesos de reserva para el seguro de invalidez y vida. Además, agregó, se ha tenido un presupuesto superior de hasta un 150% mayor que en el pasado y para el próximo año, la institución solicitará a la Secretaría de Hacienda un presupuesto mayor. Con ello, precisó, se tiene previsto realizar, en el periodo de 1998-2000, 17 grandes proyectos como la construcción de unidades médicas.

Más adelante, el diputado Guillermo Barnés García (PRI), luego de reconocer que la subrogación de servicios se ha satanizado, cuestionó sobre la situación actual en el otorgamiento de los contratos. Mientras que la diputada Silvia Oliva Fragoso (PRD), preguntó en qué estados de la República se da el mayor número de subrogaciones. En cuanto a éste último planteamiento, Gabriel Martínez González comentó que las entidades con mayor subrogación fue la zona noroeste con 31 mil 121 millones de pesos; la zona norte con 29 mil 546 millones de pesos y, La Raza con mil 932 millones de pesos, tan sólo en 1996.

Por su parte, Jaime Hugo Talancón Escobedo (PRI), preguntó si el instituto implementó algún proyecto para ajustar o frenar la discrecionalidad en el otorgamiento de contratos. En respuesta, Gabriel Martínez González, reconoció que, efectivamente, existe discrecionalidad en materia médica debido a que la normatividad no es precisa. De ahí que cualquier propuesta de reglamentación deba ser consensada por todos los sectores involucrados, como el obrero, patronal y el gobierno Federal.

Finalmente, Gonzalo Rojas Arreola (PRD), aseguró que con el préstamo que otorgó el Banco Mundial al gobierno Federal, a través de la Secretaría de Hacienda --supuestamente para fortalecer la infraestructura del IMSS--, representa un doble discurso, pues la verdadera finalidad del crédito es ampliar la subrogación de los servicios y reversión de cuotas, para que la iniciativa privada se incorpore a la prestación de servicios de salud en México.

Sin embargo, dijo que no se trata de satanizar la subrogación de los servicios y la reversión de cuotas, sino el de analizar la posibilidad de establecer candados a quienes ven en la salud un negocio o mercancía. Al respecto, el diputado Domingo Yorio Saqui (PRI), comentó que en caso de modificar la ley en la materia, se

debe tomar en cuenta las opiniones técnicas y de los sectores involucrados.⁴⁶

Boletín No.1099

Con el propósito de impedir la subrogación de los servicios médicos y la reversión de cuotas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el diputado Gonzalo Rojas Arreola (PRD), presidente de la Comisión de Seguridad Social de la Cámara de Diputados, analiza una iniciativa para derogar los artículos 89, 213 y la fracción VII del artículo 264 de la Ley dicho instituto.

Rojas Arreola refirió que la actual Ley del Seguro Social permite la privatización de los servicios médicos que ofrece el Instituto en beneficio de los trabajadores mexicanos, por lo que si no se toman medidas legales para evitar que en aras del proceso de modernización del IMSS, los afiliados se verán afectados, pues tendrán que pagar adicionalmente la atención que requieran.

La mencionada propuesta fue presentada por Rojas Arreola, quien explicó que ésta recoge muchos de los reclamos planteados por trabajadores del IMSS, quienes la consideran "un paso inicial hacia la derogación de los artículos que son nocivos para la población derechohabiente".

Durante el Primer Foro de Análisis de la Reforma del IMSS, el diputado Gonzalo Rojas Arreola, dijo que con este paquete legislativo "se rescata el carácter solidario, integral y tendiente a la universalidad que caracterizó a nuestro régimen de seguridad social por más de 50 años".

También como parte de los trabajos de este foro, se analizaron los objetivos y tendencias de la Reforma del IMSS 1995 - 2000 con relación a la reestructuración institucional de la organización, financiamiento, gestión y operación de las prestaciones médicas.

Asimismo, se evaluó el denominado "Proyecto de Reglamentación de la Subrogación de Servicios y Subrogación de Servicios con Reversión de Cuotas" del Consejo Coordinador Empresarial (CEE); al respecto los catedráticos Asa Cristina Laurell, investigadora de la maestría de Medicina Social de la UAM - Xochimilco y Jorge Ramírez Hernández, investigador del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), coincidieron en señalar que dicho proyecto contraviene en todos sus aspectos, los servicios

⁴⁶ Pagina web www.camaradediputados.gob.mx/sprems/archivos/98julio09.htm

médicos sobre el régimen de seguridad social pública, solidaria, integral y redistributiva.

En este tenor, los ponentes se manifestaron por fortalecer la filosofía, conceptualización y práctica de la seguridad social desde la perspectiva de los derechos sociales constitucionales. Así como por organizar a los derechohabientes y trabajadores del ramo de todo el país, para defender el régimen vigente en el ámbito de las prestaciones médicas y sociales del IMSS.⁴⁷

Boletín No.808

Es inaceptable impulsar la privatización del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), así como la subrogación de los servicios y la reversión de cuotas, por lo que se hace necesaria una redefinición cabal de su función; reencontrar el rumbo y el sentido de la seguridad social mexicana como parte medular del proyecto de desarrollo nacional, afirmó Porfirio Muñoz Ledo (PRD), presidente de la Comisión de Régimen Interno y Concertación Política (CRICP), de la Cámara de diputados, al inaugurar el Foro Nacional La Seguridad Social en el IMSS, Hoy.

En el evento organizado por la Comisión de Seguridad Social de esta soberanía, que preside Gonzalo Rojas Arreola (PRD), Muñoz Ledo indicó que al margen de matices y diferencias de enfoque partidario, se deben encontrar convergencias para salvaguardar la seguridad social, ya que ello significa fomentar la tasa de crecimiento del empleo, de salario y la distribución del ingreso en el país.

Posteriormente, Gonzalo Rojas Arreola (PRD), señaló que se debe preservar la seguridad social y evitar que por el influjo del Fondo Monetario Internacional (FMI) y del Banco Mundial, a través de un crédito de 700 millones de dólares, se pretenda cambiar la naturaleza del IMSS, para ponerlo en manos de la iniciativa privada y sean las aseguradoras privadas quienes manejen el seguro de enfermedades y maternidad.

Asimismo, destacó que no se debe instaurar un paquete básico de atención a los derechohabientes, pues ello no garantiza el derecho a la salud y a la seguridad social. Coincidió con Muñoz Ledo en el sentido de retirar al Consejo Técnico la facultad de elaborar

⁴⁷ Pagina web www.camaraadediputados.gob.mx/sprensa/archivo/98/julio09.htm

reglamentos, ya que esa función le compete única y exclusivamente al Presidente de la República. En tanto, el diputado Gustavo Arturo Vicencio Aceves (PAN), se manifestó en contra de la privatización del IMSS, pues refirió que el Estado debe garantizar el acceso a la salud y el sentido social de la institución, subrayó que la subrogación de los servicios médicos significa un paso importante para que el Seguro Social se privatice. Paralelamente, pidió se investigue la falta de recursos económicos a la dependencia.

El panista dijo que ante las graves deficiencias que aquejan al Seguro Social en materia médica; sistema de pensiones; falta de recursos; así como el temor de que los servicios se privaticen, es necesario una estrategia de evaluación de proyectos y financiamiento que permita crear los flujos económicos para solventar los requerimientos de inversión.

Consideró inapropiado que el IMSS tenga su propia Administradora de Fondos para el Retiro (Afores), ya que con ello se convierte en juez y parte, además de que la institución ha demostrado incapacidad para administrar los recursos de las pensiones.

Por lo cual, propuso modificar el estatuto de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, para que sea similar al de la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, además de establecer la figura del Actuario Nacional que se encargue de determinar el monto de las pensiones y la actualización de las cuotas de aportación.

Por su parte, José Luis Sánchez Campos (PRD), puntualizó que su grupo partidista ha planteado que la conversión de cuotas a los servicios privados no es el mecanismo adecuado para resolver los problemas financieros y de operación de instituto, por lo que no se debe especular con las pensiones y los ahorros de los trabajadores, de ahí que propuso crear una Afore única que permita resolver los problemas de inversión; garantizar pensiones dignas y adecuadas.

En su turno, Antonio Rosado García secretario general del Sindicato de Trabajadores del IMSS, consideró que la naturaleza del préstamo de los 700 millones de dólares, solicitado al Banco Mundial, crea expectativas de privatización, pero queafortunadamente el Poder Legislativo esta a favor de preservar la seguridad social en beneficio del pueblo de México, evitando la privatización, pues ésta acabaría con lo único que le queda de victorioso al movimiento revolucionario de 1910.

Manifestó que los trabajadores del instituto no pretenden partidizar la lucha por preservar la seguridad social en México, la cual no tiene ideologías ni partidos, pues es un beneficio que les corresponde a todos los derechohabientes y pidió que los legisladores discutan las modificaciones en el próximo periodo ordinario de sesiones, independientemente de doctrinas y preferencias políticas.⁴⁸

En conclusión la situación de la subrogación está teniendo dificultades para poder llevarse a cabo ya que no esta por de más considerar el hecho de que en sus inicios el Instituto enfrentaba la situación y atendía a todos sus afiliados y es extraño pensar que en la actualidad habiendo mayor número de afiliados que significa mayor número de ingresos al Instituto por concepto de pago de cuotas no pueda hacer frente a la demanda que tiene en la actualidad.

⁴⁸Página web www.camaraediputados.gob.mx/sprensa/archivo/98/julio09.htm

7. INSTITUCIONES DE SEGUROS ESPECIALIZADAS EN SALUD (ISES)

El diario oficial de la federación con fecha 24 de mayo de 2000 publicó las:

Reglas para la operación del ramo de salud.

En estas reglas se refiere a la ley general de instituciones y sociedades mutualistas de seguro, originalmente conocida con el nombre de ley general de instituciones de seguros, la cual fue publicada en el diario oficial de la federación del 31 de agosto de 1935. Esta ley ha tenido diversas modificaciones a fin de adecuar sus disposiciones conforme a la evolución del sector financiero del país, dentro del cual la actividad aseguradora tiene una relevante participación.

Las modificaciones a la citada ley en los últimos diez años, si bien se han orientado a desregular la actividad de las aseguradoras, a liberalizarlas con fines de autogestión, también ha tenido como propósito fundamental el mantener adecuadas relaciones prudenciales que protejan los intereses de los usuarios y una supervisión que cuide el estricto cumplimiento de las normas técnicas y del régimen de solvencia que deben mantener las aseguradoras.

El gobierno federal consciente de la importancia que representa para la sociedad la actividad aseguradora, a través del plan nacional de desarrollo, se ha trazado como uno de sus objetivos lograr su promoción con el fin de ampliar sus funciones de protección a las personas y a sus bienes ante los riesgos a los que se encuentran expuestas, así como a promover su contribución a la generación del ahorro interno.

En este sentido, en los últimos tres años el H. Congreso de la Unión aprobó importantes reformas a la ley general de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, como han sido las contenidas en los decretos publicados en el diario oficial de la federación del 3 de enero de 1997 y 31 de diciembre de 1999.

En el primero se reconoce la importancia que representa para el país que los mexicanos cuenten con seguros privados para cubrir los riesgos de accidentes y enfermedades a los que están expuestos, por lo cual la operación de seguros de accidentes y enfermedades se dividió en los ramos de: accidentes personales, gastos médicos y salud.

El ramo de salud constituye la base para que las sociedades u organizaciones conocidas como entidades administradoras de medicina prepagada, se transformen en instituciones de seguros especializadas en salud (ISES).

En el segundo de los decretos, se describe al ramo de salud como la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado y se precisa que aún cuando esta actividad se lleve a cabo con recursos e instalaciones propios será considerada como una operación activa de seguros, por lo que su práctica sólo puede autorizarse a instituciones de seguros, a las que adicionalmente se les puede facultar a manejar el ramo de gastos médicos.

La prestación de servicios de salud sólo puede considerarse como operaciones activas de seguro si esos servicios se comercializan a futuro y el cumplimiento de la obligación de prestarlos depende de un acontecimiento futuro e incierto, previsto por las partes ya sea que dicha prestación de servicios se satisfaga con recursos e instalaciones propias o no propias del obligado.

No constituye operación activa de seguros la prestación de servicios de salud cuyo costo de cada servicio se cubra por el usuario, directamente o a través de un tercero, sin que se asuma el compromiso y la contingencia financiera derivados de no cubrir el costo de cada servicio que se preste, sino únicamente el costo en función de la probabilidad de llegar a prestarlo en caso de sobrevenir el acontecimiento futuro e incierto previsto por las partes.

Por lo anterior no se considerará operación activa de seguros la comercialización de un servicio o conjunto de servicios de salud predeterminados y ciertos, cuyo costo total sea cubierto por el usuario en una o varias exhibiciones, antes, durante o después de

prestado el servicio. Sin embargo, si se considerará operación activa de seguros cuando la prestación de servicios de salud predeterminados y ciertos se ofrezca de manera conjunta con la prestación de servicios de salud supeditados a la realización de acontecimientos futuros e inciertos.

En la vigilancia integral de las instituciones de seguros autorizados en el ramo de salud, la ley general de instituciones y sociedades mutualistas de seguros y fianzas encomienda la supervisión de las mismas a la comisión nacional de seguros y fianzas a la secretaria de salud.

La secretaria de salud esta facultada para llevar a cabo las funciones de inspección y vigilancia de manera exclusiva sobre los servicios y productos de salud que presten las instituciones de seguro autorizadas en el ramo de salud; asimismo para emitir los dictámenes (provisional, definitivo y anual) a través de los cuales se hará constar que la institución de seguros cuenta con los elementos necesarios para ofrecer estándares de calidad en materia de salud.

Junto con el dictamen provisional emitido por la secretaria de salud, se podrá solicitar a esta secretaria la autorización para operar, como instituciones de seguros especializadas en salud debiendo agregar los documentos necesarios que garanticen la viabilidad financiera.

La fundamentación para la emisión de las presentes reglas se encuentra en el artículo 7º. De la ley general de instituciones y sociedades mutualistas de seguros en donde se prevé que la operación y desarrollo del ramo de salud se sujetará a las disposiciones de carácter general que emita esta secretaria de salud, a lo cual se le ha dado cumplimiento; así como a los compromisos asumidos en el protocolo de entendimiento suscrito por esta secretaria con los C.C. senadores de la república, para establecer en las reglas criterios generales de carácter médico, técnico y financiero, derivado de las inquietudes y comentarios formulados por diversos grupos de la sociedad ante la H. Cámara de Senadores.

A continuación, se transcribe el artículo 7 de la ley general de instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

"Las autorizaciones para organizarse y funcionar como institución o sociedad mutualista de seguros, son por su propia naturaleza intransmisible y se referirán a una de las siguientes operaciones de seguros:

i.- vida;

ii.- accidentes y enfermedades en alguno o algunos de los ramos siguientes:

a).- accidentes personales.

b).- gastos médicos y

c).- salud, y

m.- daños, en alguno o algunos de los ramos siguientes:

a).- responsabilidad civil y riesgos profesionales;

b).- marítimo y transportes;

c).- incendio;

d).- agrícola y de animales.

e).- automóviles;

f).- crédito;

g).- diversos;

h).- terremoto y otros riesgos catastróficos, e

i).- los especiales que declare la secretaría de hacienda y crédito público, conforme a lo dispuesto por el artículo 9º. de esta ley".

Tratándose de los seguros relacionados con contratos de seguros que tengan como base planes de pensiones o de supervivencia derivados de las leyes de seguridad social y a los que se refiere el párrafo segundo fracción I del artículo 8º de esta ley, las autorizaciones se otorgarán sólo a instituciones de seguros que las practiquen en forma exclusiva, sin que a las mismas se les pueda autorizar cualquiera otra operación de las señaladas en este artículo.

El ramo de salud a que se refiere el inciso c) fracción II de este artículo y la fracción v del artículo 8º. De esta ley solo se deberá practicarse por instituciones de seguros autorizadas exclusivamente para ese efecto y a las cuales únicamente se les podrá autorizar a practicar de manera adicional, el ramo de gastos médicos. La operación y desarrollo del ramo de salud estará sujeto las disposiciones de carácter general que emita la secretaría de

hacienda y crédito publico, previa opinión de la comisión nacional de seguros y fianzas y de la secretaría de salud, según corresponda. Las autorizaciones otorgadas a las instituciones de seguros, podrán comprender la practica de las operaciones de reafianzamiento, en los términos del artículo anterior.

También, el contenido de las presentes reglas se le ha dado congruencia con uno de los principios básicos del sistema nacional de salud, consistente en garantizar, en este caso, a través de las instituciones de seguros especializadas en salud (ISES), la prestación de servicios para la promoción, fomento, prevención, diagnostico, tratamiento y rehabilitación de la salud de las personas, al fijar una serie de requisitos de carácter médico con el fin de atender adecuadamente las demandas de los usuarios y se exige que los servicios médicos sean de alta calidad, a través de una adecuada integración en su infraestructura y equipamiento.

Para efectos de las presentes reglas se entiende por instituciones de seguros especializadas en salud (ISES), la o las instituciones autorizadas por esta secretaría para practicar en seguros la operación de accidentes y enfermedades en el ramo de salud facultándolas a la venta de seguros privados o voluntarios que tengan por objeto prestar servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud del asegurado en forma directa con recursos propios, mediante terceros, o la combinación de ambos, a través de acciones que se realicen en su beneficio En seguros, la práctica del ramo de salud presenta ciertas características distintas a las de los otros dos ramos de la operación de accidentes y enfermedades (accidentes personales y gastos médicos) ,por lo siguiente:

- a).- su origen no se deriva exclusivamente de un acontecimiento externo, violento, súbito y fortuito o de un accidente o enfermedad que afecte la salud del asegurado sino que parte del objetivo de mantener la salud de este mediante acciones tanto de prevención como de restauración;
- b).- el objeto de los seguros privados o voluntarios en el ramo de salud, es prestar servicios mediante las acciones de fomento, a través de la detección temprana de enfermedades, por medio de pruebas con base en factores de riesgo epidemiológico, así como el seguimiento a la salud de los asegurados, particularmente en el caso de enfermedades crónicas donde su control oportuno permita evitar el surgimiento de complicaciones posteriores; finalmente y

con objeto de facilitar la prestación de los servicios en el ramo de salud podrá encargarse a un profesional de la salud dar continuidad y coordinar las acciones de salud conjuntamente con otros prestadores que se requieren, siempre en beneficio del asegurado.

Las reglas disponen que esta secretaría será el órgano competente para interpretar, aplicar y resolver para efectos administrativos todo lo relacionado con las mismas, para lo cual podrá solicitar la opinión de la comisión nacional de seguros y fianzas y de la secretaría de salud, las que en ejercicio de sus facultades, podrán determinar la forma y términos en que las instituciones autorizadas a la práctica del ramo de salud deberán informarles y comprobarles todo lo concerniente a la práctica de estos seguros y se les faculta a establecer procedimientos de consulta con los diferentes participantes del mercado para contar con información que coadyuve a procurar un desarrollo equilibrado del sistema.

Como instituciones de seguros, el funcionamiento y operación de las instituciones de seguros especializadas en salud se regirá fundamentalmente por lo previsto en la ley general de instituciones y sociedades mutualistas de seguros y en la ley sobre el contrato de seguro, así como en las presentes reglas, las que en lo conducente, hacen referencia a la ley general de salud y a las normas oficiales mexicanas en salud, estas últimas las deberán observar las instituciones cuando presten sus servicios con recursos propios y cuando las realicen a través de contratos celebrados con terceros, éstos tendrán que cumplir con la norma oficial mexicana aplicable.

Las reglas complementan lo que dispone la ley general de instituciones y sociedades mutualistas de seguros. Además, señalan la documentación y plan de actividades necesarios para presentarlos junto con la solicitud de autorización, a esta secretaría, para organizar y constituir una institución de seguros especializadas en salud, además, incluye un dictamen profesional expedido por la secretaría de salud para verificar que se cuenta con los elementos necesarios y criterios médicos suficientes para prestar directamente, a través de contratos con terceros, o una combinación de ambos, los servicios de salud que se deriven de los contratos de seguros respectivos.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Para que pueda iniciar sus servicios, la institución deberá de tener un dictamen favorable de la comisión nacional de seguros y fianzas, y el resultado favorable de una visita de inspección que le practique para evaluar que cuenta con los sistemas e infraestructura administrativa, que sean necesarios, para proporcionar los servicios propios de su objeto social, así como con la ratificación por parte de la secretaria de salud del nombramiento del contralor médico.

La Fracción I del artículo 29 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, uno de los artículos mas largos de esta ley, que fue publicada en el año de 1934, y las presentes reglas señalan que las (ISES) deberán de contar con un capital mínimo pagado, cuyo monto expresado en udis, lo dará a conocer, a la secretaria durante el primer trimestre de cada año.

El 3 de abril del año 2000, en el diario oficial de la federación su público el acuerdo sobre el capital mínimo pagado que las instituciones de crédito debe afectar para cada operación o ramo, fijándose para la operación de accidentes y enfermedades en alguno o algunos de sus ramos en 1.703.243 mil udis.

En el acuerdo se indica que hasta el 60% del capital mínimo pagado, será el importe de los gastos de establecimiento y organización, mobiliario, equipo e inmuebles propiedad de las ISES.

En el caso de la construcción de una nueva aseguradora en el ramo de salud el capital mínimo pagado deberá estar totalmente suscrito y pagado en la fecha en que esta secretaria otorgue la autorización correspondiente.

Las reglas también indican que los asegurados podrán acceder a planes de salud que corresponden a servicios ofrecidos por redes médicas y hospitalarias, propias o contratadas, donde se dará seguimiento a su salud.

La secretaria de salud tendrá una gran participación en la organización y funcionamiento de las (ISES). Esta dependencia basada en los artículos 16, 105 y 106 de la ley general de instituciones y sociedades mutualistas de seguros (estos artículos

se refieren el, 16 a la solicitud de autorización de las ISES, y el 105 y 106, se refieren a las facultades que tiene la comisión nacional de seguros y fianzas de, revisar y auditar los estados financieros de las empresas, y además estas reglas, le dan amplias facilidades y exclusivas facultades para la supervisión en el aspecto medico estas instituciones de seguros. Al respecto, se destacan 3 mecanismos por medio de los cuales la secretaria de salud realizará sus labores de supervisión y vigilancia sobre las instituciones autorizadas a la práctica del ramo de la salud y son:

a).- la emisión de los dictámenes provisional, definitivo y anual para corroborar que las instituciones cumplan satisfactoriamente con los elementos necesarios para la prestación de los servicios de la salud que se deriven de contratos y que constituyen requisitos indispensables para recibir y mantener la autorización para operar.

b).- la facultad de supervisar a las instituciones autorizadas para la práctica del ramo de salud, exclusivamente sobre servicios y productos de salud, materia de los contratos de seguros privados que celebren y

c).- las instituciones de seguro especializadas de la salud (ISES) con independencia del responsable del área medica, que tenga a su cargo las políticas y mecanismos de carácter medico, deberá contar con un contralor medico, nombrado por el consejo de administración, a cuyas sesiones deberá asistir participando en todos los casos, con voz pero sin voto, quien requerirá ser ratificado por la secretaria de salud a través de un comité interno de la misma que analice su idoneidad.

De acuerdo con las reglas el, contralor médico, será un funcionario muy importante y con una gran responsabilidad, debe ser honorable y además independiente. Cumplir adecuadamente con los requisitos de suficiencia, buen desempeño como médico y contralor de un hospital, cálida en la atención, utilización de los servicios, manejo de consultas y reclamaciones y el cumplimiento de las normas oficiales mexicanas en salud. En las reglas se destacan como derecho de los pacientes en otros; acceso expedito a los servicios, un Trato respetuoso tanto en los servicios, como a su privacidad, decisión para aceptar o no las propuestas terapéuticas, a seleccionar el médico y el hospital para su atención a solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo pactado en el contrato de seguro: comunicación en todo momento con su familia; seguridad personal durante su atención tanto a él como a

sus acompañantes y pertenencias; a conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de salud que le atiendan y el responsable del equipo; a ser informado sobre su padecimiento, los métodos de diagnóstico y sus riesgos, beneficios y alternativas

A los médicos se les exige que cuente con cédula profesional a fin de acreditar sus conocimientos técnicos, y en caso de que existan consejos de certificación de especialidad, mantener la otorgada por los mismos. A su vez, los hospitales deberán contar, además de las autorizaciones y permisos necesarios con la certificación del consejo de salubridad general en reconocimiento a su calidad.

En virtud de que el proceso de certificación está sujeto a programas que actualmente se están instrumentando, se establece que la secretaria de salud a solicitud de la institución y en consideración a las circunstancias específicas, en cada caso, podrá otorgar un periodo de regularización entre seis meses y dos años.

Además deberán de tener en forma permanente, la adecuada atención médica de los siguiente programas:

a).- el programa para el control de la utilización de los servicios en el cual se deberán incluir mecanismos para detectar y corregir problemas de acceso, idoneidad y eficiencia de los servicios prestados, así como adecuados niveles de utilización de los mismos.

b).- el programa de mejora continua en la prestación de los servicios que contemple la elevación en la calidad de la atención, el fomento a la enseñanza y la investigación médica y el desarrollo gradual de indicadores que permitan evaluar su avance, así como el desempeño en la prestación de los servicios de las instituciones.

La secretaria de salud emitirá las disposiciones de carácter general bajo las cuales deberán apegarse instituciones en la elaboración e instrumentación de dichos programas.

Las presente reglas también tienen como finalidad que las instituciones autorizadas a la práctica del ramo de salud puedan hacer frente a las obligaciones futuras que se presentarán, debido a los contratos de salud, ordenando que se constituyan, se incrementen o se inviertan las reservas técnicas de acuerdo con la ley general de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, de sus disposiciones generales y de las presentes reglas.

Estas reservas incluyen los riesgos en curso de pago, los riesgos de las pólizas en vigor, la de las obligaciones pendientes de cumplir para cubrir los siniestros ocurridos pendientes de liquidación; y la de previsión para cubrir las posibles pérdidas por desviaciones estadísticas en su experiencia de siniestralidad.

El capital mínimo de las (ISES), garantiza y fortalece su patrimonio a fin de que de acuerdo con el volumen de sus operaciones, la tendencia siniestral, las prácticas de reaseguro y la composición de sus inversiones, se mantengan de manera permanente en niveles suficientes para hacer frente a las variaciones adversas por lo que respecta al cumplimiento de sus obligaciones que contraigan con los asegurados, reduciendo los posibles desequilibrios económicos-financieros que se pudieran producir en su operación. De esta forma se preserva su viabilidad financiera y consolida su estabilidad y seguridad patrimonial.

El capital mínimo de garantía se realizará conforme a lo dispuesto en la ley general de instituciones y sociedades mutualistas de seguros y también en las reglas para el capital mínimo de garantía de las instituciones de seguro, publicadas en el diario oficial de la federación el 30 de diciembre de 1999, por tal motivo la inversión de los activos computables a dicho capital se realizará como lo disponen las citadas reglas las instituciones contarán con un comité de inversiones, que deberá sesionar por lo menos una vez al mes y dejas constancia de los asuntos tratados.

La ventanilla única de recepción para recibir información de las instituciones será la comisión nacional de seguros y fianzas, la cual tendrá la responsabilidad de comunicarla a la secretaría de salud para los efectos conducentes, particularmente como elemento de evaluación para la expedición de los dictámenes a su cargo.

La contabilidad y el sistema estadísticos de las instituciones lo van a establecer la comisión nacional de seguros y finanzas, adicionalmente deberán registrar los contratos de adhesión que ofrezcan al publico en general en que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de seguros privados de salud.

La publicidad de las (ISES) se deberá de expresar en forma clara y precisa a efecto de que no exista confusión entre el público usuario. Para ello, la publicidad se sujetara a las disposiciones administrativas que dicte la comisión nacional de seguros y finanzas que a su vez, tendrá las facultades para modificar o suspender la "propaganda o publicidad.

Con objeto que el asegurado esté informado, de manera clara y precisa, sobre los alcances de su póliza, las instituciones deberán entregar, junto con esta, un folleto explicativo que incluya una descripción del plan de seguros, los beneficios contratados, coberturas, limitaciones, excepciones, exclusiones, períodos de espera, entre otros.

Asimismo, deberá contener la forma para acceder a los servicios médicos, incluyendo todas las clínicas, hospitales y los derechos que se van a tener con estas (ISES), para evitar la confusión que pagando este seguro ya no es necesario inscribirse en el instituto mexicano y médicos empleados por la institución, detallando información de relevancia de cada uno de ellos.

La elaboración de planes de las (ISES), deberán procurar incorporar criterios de integralidad para que las coberturas ofrecidas contemplen acciones de fomento, prevención, terapéuticas y de rehabilitación, los cuales serán evaluados por la secretaria de salud, la que podrá hacer recomendaciones para que se cumpla el objetivo de atención integral del asegurado.

Para hacer más transparentes, la operación y comercialización de los contratos de seguros privados de salud y de precisar ciertas posiciones a fin de otorgar una mayor protección al público usuario, las reglas establecen una serie de requisitos que las instituciones deberán de observar en la elaboración y suscripción de sus planes y contratos, así como en las operaciones y comercialización de los mismos.

Para facilitar la libertad de elección del asegurado, las reglas disponen, la obligación de ofrecer planes donde el beneficiario pueda elegir medios distintos de la red que se haya conformado, mediante el pago de diferencias entre el tabulador de las instituciones y el costo del servicio que preste el médico. Para esto

deberá de dar al público usuario un folleto explicativo de los planes que se pretenda contratar.

Este folleto se refuerza mediante disposiciones, tales como el requerimiento de que las redes de servicios que integren las instituciones tengan una distribución territorial congruente con los lugares donde se comercialicen y suscriban los contratos de seguros, además deberán de informar a los asegurados por escrito de los cambios que tuviera la red de infraestructura hospitalaria y, en el caso de que por razones de saturación, falta de disponibilidad del servicio o error del diagnóstico el asegurado necesitara de servicios fuera de la red, cuando se presente urgencias medicas, la institución, deberá reembolsar el costo en que ha ya incurrido.

En las presente reglas se establece con claridad, el alcance de los contratos de seguros de salud, y cuando se considerara que un padecimiento es pre-existente.

Igualmente se señalarán los términos, bajo los cuales las (ISES) estarán obligadas a cumplir con la prestación de servicios, una vez que se haya determinado la vigencia del contrato, siempre y cuando la eventualidad se ha y a suscitado dentro de la vigencia del mismo.

Por este motivo es necesario señalar en los contratos de seguro, que se dispondrá como obligación a las (ISES), el cumplir con la prestación de servicios dirigidos a fomentar o restaurar la salud a consecuencia de que se produzca la eventualidad prevista en el contrato, dentro de su vigencia, del mismo.

Por este motivo es necesario señalar en los contratos de seguros, que se dispondrá como obligación a las (ISES) el cumplir con la prestación de servicios dirigidos a fomentar o restaurar la salud, a consecuencia de que se produzca la eventualidad prevista en el contrato, dentro de su vigencia, terminará: al certificarse la curación del padecimiento de que se trate a través de la alta medica, o al agotarse el limite máximo de responsabilidad, convenidos por las, partes, o al concluir el término que para estos efectos se haya pactado para la prestación del servicio, el cual no podrá ser inferior a dos años contados a partir de la fecha en que concluya la fecha del contrato.

Para protección de los propios asegurados, las reglas indican que las (ISES) deberán de establecer en las pólizas si existe o no la renovación obligatoria y la edad máxima de renovación. En estos casos no se podrán utilizar, criterios arbitrarios para la renovación de los, planes que permitan la discriminación selectiva de asegurados.

Para consultas y reclamaciones el público tendrá a su disposición los mecanismos y facultades que dispone la ley de protección y defensa al usuario de servicios financieros y, en lo conducente, la comisión nacional de arbitraje médico, con objeto de facilitar al usuario la realización de consultas o, en su caso, reclamaciones, las (ISES), así como su manera de acceso.

Las infracciones a estas reglas se van a sancionar por medio de la ley general de instituciones y sociedades mutualistas de seguro.

La ley general de instituciones y sociedades mutualistas de seguro, señala como causales de revocación a la autorización, entre otras; si una (ISES) no presenta a esta secretaria el dictamen definitivo, o no lo presenta a la comisión nacional de seguros y fianzas el dictamen anual; o si en cualquier momento esta secretaria o la citada comisión tiene conocimiento de que ha ya (ISES), que no mantienen los elementos necesarios para prestar los servicios materia de los contratos de seguros correspondientes.

Las empresas u organizaciones de medicina pre-pagada que por su actividad se ubique en el concepto de operación activa de seguros, deberán constituirse en (ISES) y en el caso de aquellas aseguradoras que actualmente se encuentren autorizadas para operar este ramo de salud junto con otras operaciones y ramos de seguros, las reglas especifican las acciones y los tiempos a fin de que se apeguen a los lineamientos operativos previstos en las presentes reglas relacionado con la contabilidad de operaciones, reservas e inversiones, el sistema estadístico, tramitación de los registros de nota técnica y documentación contractual, solicitud de ratificación del contralor médico y tramitación del dictamen anual de la secretaria de salud, entre otros aspectos.

En el caso de usuarios que tengan contratados seguros de gastos médicos y que las (ISES), propongan sustituirlos por contrato de

salud, las reglas establecen un proceso claro y transparente que garanticen los intereses del asegurado, incluyendo la continuación de los derechos presentes reglas y en las disposiciones generales que al efecto emita la propia comisión.

La comisión hará del conocimiento de la secretaria de salud la información presentada con el propósito de que le sirva como elemento de evaluación para la expedición de los dictámenes a que se refiere el capítulo cuarto del título primero de las presentes reglas.

Regla quincuagésima novena.- para dar cumplimiento con lo previsto en la regla anterior, la ISES deberán contar con un sistema estadístico propio que le permita procesar y disponer de la información estadística mínima que determine la comisión, oyendo a la secretaria de salud, mediante disposiciones de carácter general, en donde se establecerá la forma y términos en que las ISES deberán entregar dicha información a la comisión.

En este sentido, cuando la información estadística se origine en la prestación de los servicios y esta se realice a través de contratos celebrados con terceros, la ISES deberá establecer en éstos la obligación de los prestadores de procesar, disponer y presentar la información estadística que permita dar cumplimiento a la ISES con lo previsto en este capítulo.

Regla sexagésima.- la base de datos estadísticos que concentre la información estará a cargo de la comisión, quien se encargara de recibir, administrar y procesar la información que proporcionen las ISES.

La comisión y la secretaria de salud darán a conocer información e indicadores relativos a la operación del ramo de salud que orienten al público y contribuyan a la sana competencia y transparencia del sistema.

Título noveno

De la operación y comercialización de los seguros de Salud capítulo único De la operación y comercialización

Este título, y su capítulo consta de 12 reglas, las cuales manifiestan lo siguiente:

Regla sexagésima primera.- las ISES estarán obligadas a suscribir contratos de seguros, de acuerdo a lo que establecen la LGISMS, la ley sobre el contrato de seguro, las presentes reglas, y las disposiciones administrativas que al efecto emita la comisión.

Las ISES podrán realizar la comercialización de sus productos de manera directa o a través de agentes de seguros debidamente autorizados por la comisión.

Regla sexagésima segunda.- en la elaboración de sus planes de seguros, las ISES procurarán incorporar criterios de integralidad que contemplen acciones de fomento, prevención, terapéuticas y de rehabilitación, para las coberturas ofrecidas en los planes, en todo caso deberán de cumplir con lo establecido en el artículo 59 de la ley sobre el contrato de seguro.

La secretaría de salud, como parte de las acciones que lleve a cabo para el otorgamiento de los dictámenes a los que se refiere el capítulo cuarto del título primero de las presentes reglas, podrá hacer recomendaciones a las ISES a fin de que se cumpla con lo establecido en el párrafo anterior.

Regla sexagésima tercera. Las ISES deberán contar con una red de servicios propia, contratada o una combinación de ambas, que sea congruente en cuanto a su distribución territorial con lugares donde se comercializa y suscriben los mencionados contratos.

Regla Sexagésima Cuarta.- Las ISES deberán incluir en sus contratos una cláusula que las obligue al reembolso del costo de los servicios médicos que haya necesitado el asegurado en los casos de urgencia médica, en los términos del artículo 72 del reglamento de la ley general de salud en materia de prestaciones de servicios de atención médica, en lo que la propia red de

servicios de las ISES no le haya brindado la atención necesaria sobre los derechos previstos en el contrato por causas en que se acredite saturación, falta de disponibilidad del servicio o error en el diagnóstico.

En los términos del párrafo se entenderán por error de diagnóstico el caso en el que el asegurado haya asistido previamente a la propia red de servicios de las ISES y por falta de un diagnóstico acertado haya requerido la atención de los servicios médicos de que se trate, en una institución fuera de la red de prestadores de las ISES, por la misma urgencia médica.

Regla Sexagésima Quinta.- Las ISES deberán informar a los asegurados por escrito dentro de los 15 días hábiles siguientes en que suceda de los cambios en la red de infraestructura hospitalaria.

Regla sexagésima sexta.- Las ISES deberán ofrecer planes donde el beneficiario pueda elegir médicos distintos a la red de institución mediante el pago de la cantidad diferencial que resulte entre el tabulador respectivo de la institución y el costo del servicio que le preste el médico, conforme lo pactado.

Regla sexagésima séptima.- las ISES deberán establecer en sus pólizas, si existe o no la renovación obligatoria de los planes contratados por los asegurados y, en su caso, la edad máxima de renovación. En el caso de existir la renovación obligatoria de planes previamente contratados, las ISES deberán de utilizar criterios establecidos en la nota técnica correspondiente con el objeto de evitar la discriminación selectiva en la renovación de planes.

Regla sexagésima octava.- las ISES estarán obligadas a cumplir con la prestación de servicios dirigidos a fomentar o restaurar la salud a consecuencia de que se produzca la eventualidad prevista en el contrato de seguro respectivo dentro de la vigencia del mismo.

En los contratos de seguro se establecerá que dicha obligación terminará al presentarse algunas de las situaciones siguientes.

- 1.- al certificarse la curación del padecimiento de que se trate a través del alta médica, o
 - 2.- al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes, o
 - 3.- al concluir el término que para estos efectos se haya pactado para la prestación del servicio, el cual no podrá ser inferior a dos años contados a partir de la fecha en que termine la vigencia del contrato.
- En el caso de contratos de no adhesión podrá pactarse condiciones distintas a las previstas en el párrafo anterior, previa autorización de la comisión.

Regla sexagésima novena.- en los contratos de seguro de salud, se considerará que un padecimiento es pre-existente cuando el evento que lo define como tal haya surgido antes del inicio del conjunto de vigencias sucesivamente ininterrumpidas de este seguro y de los precedentes de los que constituya renovación, conocido y no declarado en los términos del artículo 80, de la ley sobre el contrato de seguro.

Para efectos de pre-existencia no se considerará que la vigencia se ha interrumpido si opera la rehabilitación de la póliza.

Regla septuagésima.- las ISES podrán ofrecer planes bajo la denominación de "plan mínimo" o " plan integral". En este caso, dichos planos deberán incluir todos los componentes del plan mínimo de salud que, para estos efectos defina la secretaría de salud.

Regla septuagésima primera.- de conformidad con lo que establece el, artículo 71 de la LGISMS, la publicidad de las ISES, se sujetara a las disposiciones administrativas de carácter general que dicte la comisión.

Dichas disposiciones deberán propiciar que la propaganda o publicidad se exprese en forma clara y precisa, a efecto de que no se induzca al público a engaño, error o confusión sobre la prestación de los servicios de las ISES. En términos del propio artículo 71 de la LGISMS, la comisión podrá ordenar, previa audiencia de la parte interesada, la modificación o suspensión de la propaganda o publicidad, cuando considere que no se sujeta a lo previsto en la LGISMS, y a las presentes reglas.

Regla septuagésima segunda.- en las consultas y reclamaciones derivadas de un contrato de seguro de salud, las ISES deberán sujetarse a lo dispuesto en la ley de protección y defensa al usuario de servicios financieros y, en lo conducente al decreto por el que se crea la comisión nacional de arbitraje médico, publicado en el diario oficial de la federación el 3 de junio de 1996.

Título décimo de las sanciones Capítulo único

En este título décimo, con un solo capítulo, también tiene una sola regla que la que a continuación menciono:

Regla septuagésima tercera.- las infracciones a lo previsto en las presentes reglas se sancionará en los términos de las disposiciones aplicables de la LGISMS.

Las recientes reformas a la Ley del Seguro Social y el anuncio (reiteradamente negado) de la subrogación de algunos servicios, incluyendo la reversión de cuotas, aunada a la política norteamericana de exportación del modelo de Medicina Administrada a Latinoamérica, así como el proyecto de *Reforma a la Ley de Sociedades Mutualistas y de Seguros*, en proceso de estudio en la H. Cámara de Senadores, luego de su aprobación (por unanimidad) por la H. Cámara de Diputados, prepara el entorno y formaliza el marco legal para que se desarrollen en México las hoy conocidas ISES y ASIS, siglas de las Instituciones de Seguros Especializadas en Servicios de Salud y Asociaciones de Servicios Integrales de Salud, respectivamente.

Estos modelos, conocidos previamente como O.A.S., Organizaciones Administradoras de Salud en México; ISAPRES en el cono sur del continente; H.M.O'S (Health Maintenance Organizations), I.P.A'S (Independent Physicians Organizations), y otros en los E.U.A., han sido organizados como negocios por inversionistas privados, en su gran mayoría, con el objetivo fundamental de generar ganancias, que han ido a parar a los bolsillos de unos cuantos empresarios, haciendo de ellos grandes millonarios.⁴⁹

⁴⁹ * Página: http://www.unbomkes.com.mx/Conamed/Con02n13/esp/ano4/W0911_01.html, Revista CONAMED 1999; 2(13): 12-17.

8. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA SUBROGACION PARA EL TRABAJADOR, PATRON E IMSS.

El cambio en cualquier aspecto que pueda ocurrir dentro de una organización siempre tendrá factores en contra y a favor, por lo que la celebración de algún convenio de subrogación no sería la excepción, a continuación se enlistan algunas de las posibles ventajas y desventajas que puede tener el patrón el trabajador y el propio Instituto.

VENTAJAS TRABAJADOR

- Debido a la alta demanda que tiene el Seguro Social la atención se hace con menor calidad por la necesidad que tienen de atender a todos los pacientes, además es sabido que ir a cualquier clínica del Seguro Social a ser atendido implica pérdida de casi todo el día por lo que se supone que al contratar un servicio particular la atención sería más rápida.
- Los convenios de subrogación ayudarían al Seguro Social a dar mejor servicio, ya que a través de la prestación de servicios de otras instituciones disminuiría la carga de trabajo para él y fomentaría a una considerable mejoría en los servicios que presta y mayor atención a cada caso particular que a su vez traería como consecuencia bienestar al trabajador y a su familia.
- El trámite para poder recibir atención en las clínicas ya no sería tan burocratizado.

DESVENTAJAS TRABAJADOR

- Los empleados de mas bajo nivel en una empresa se podrían sentir incómodos respecto a la atención ya que el servicio puede tender a ser mejor y preferente para los puestos más altos dentro de una organización.

VENTAJAS PATRON

- El patrón tendría mas control en las ausencias de los trabajadores y estaría mas al tanto de la salud real de sus trabajadores.
- El trabajador al atenderse en una clínica particular podría sentirse mas valorado y así tener mejor desempeño en su trabajo.
- El patrón si cuenta con los requisitos para poder celebrar un convenio de subrogación solo invertirá dinero en la mejora de los servicios que le otorga a sus trabajadores y se olvidará del pago de cuotas en el ramo de Enfermedades y Maternidad.

DESVENTAJAS PATRON

- En principio para que pueda existir convenio de subrogación debe haber aprobación por parte de los trabajadores y/o sus representantes.
- Aunque la mayoría de los trabajadores hubiera estado de acuerdo en la celebración del algún tipo de convenio todavía quedaría la parte de los trabajadores en desacuerdo que podría traer como consecuencia actitud hostil de su parte.

VENTAJAS IMSS

- La principal ventaja que tendría el Instituto es que tendría mas ayuda para atender a todos los derechohabientes, ya que debido al crecimiento elevado de la población el servicio que presta el Instituto es cada vez más deficiente ya que no cuenta con la infraestructura necesaria para cubrir toda su demanda, así mediante los convenios de subrogación atendería a menos personas y el dinero que ocupaba para atender a las mismas bien lo podría utilizar para ir aumentando poco a poco sus recursos.

DESVENTAJAS IMSS

- La desventaja también parte del mismo convenio de subrogación ya que dejaría de estar percibiendo los mismos ingresos lo único que tendría que analizarse es el costo-beneficio que pueda derivarse de este tipo de convenios, ya que a lo mejor no se reciba la misma cantidad de dinero pero también se dejaría de estar gastando lo mismo al dejar que otros presten los servicios médicos por el Instituto.

9. CONCLUSIONES

Como se logro ver a lo largo de esta investigación lo dispuesto en los articulos 3 Y 4 de la Ley del Seguro Social, la seguridad social deberá estar a cargo de entes o de dependencias públicos y en particular del IMSS.

Los artículos 89 fracción III y 213 del ordenamiento referido indican claramente una facultad discrecional del instituto, pues expresan que éste podrá celebrar los convenios de reversión de cuotas.

El antecedente de dicha facultad discrecional del Instituto sobre la prestación indirecta de servicios médicos representaba hasta 1997 casi 4.00% del total de los proporcionados a los derechohabientes.

En el artículo 264 Fracción VII de la Ley del Seguro Social menciona que el Consejo Técnico del IMSS está encargado de elaborar el reglamento de reversión de cuotas misma propuesta de reglamento fue entregada al ahora Presidente de los Estados Unidos Mexicanos el Lic. Vicente Fox Quezada en la recta final de su campaña para la presidencia, este reglamento no ha sido publicado y por lo tanto no hay todavía un parámetro legal detallado para la subrogación. Al Expedir un reglamento de subrogación de servicios médicos implica convertir la facultad en una acto reglamentado de práctica común, cuya aplicación se contrapondría -desde luego- con lo previsto en la LSS y esto podría hacer que se diera una privatización de los servicios del IMSS.

Sin embargo, la subrogación de servicios se da en la actualidad, aproximadamente hay 15 convenios en los que destaca el celebrado con la Asociación de Banqueros de México.

Las reglas de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de seguros para la operación del ramo de salud, tienen como objetivo principal, privatizar el régimen de enfermedades y maternidad del IMSS y terminar con el sentido social de esta ley ya que teniendo ellos la posibilidad de atender al gran número de

afiliados con el que cuenta el Seguro Social los ingresos que tendrían serían mayores y muy constantes.

En mi opinión, se utilizan problemas internos de la institución, como pretexto para arremeter en contra del seguro social y sus trabajadores y dígame lo que se diga, lo cierto es que todo esto se hace para justificar la privatización de los servicios médicos, tal es la decisión expresa de la nueva ley en su artículo 89 fracción III, que autoriza al instituto para celebrar convenios de reversión de cuotas para servicios médicos- hospitalarios.

La reversión de cuotas siempre ha existido, no es novedad, la diferencia es el enfoque. En el pasado la privatización no estaba en el interés del grupo en el poder, en cambio, desde el sexenio anterior, es la privatización una de los ejes de la política económica neoliberal que se sigue aplicando a costa del seguro social.

La intención como se observa en la nueva ley y en estas reglas para la operación del ramo de salud es de que "se generalice la posibilidad del establecimiento de convenios de reversión de cuotas, lo que es un incentivo para la expansión de la medicina privada".

Al ubicar a los servicios médicos en la lógica de la competencia y del mercado, se estaría olvidando el propósito fundamental de la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social, pues con esta nueva ley y estas reglas para la operación del ramo de salud, ahora se intenta aprobar que se le otorguen a los particulares las responsabilidades del estado. Y lo más grave para nosotras es que se fomenta la mercantilización de las relaciones médico-terapéuticas, lo cual distorsiona las características de la atención médica.

La experiencia médica ha demostrado hasta la saciedad que cuando intervienen relaciones mercantiles en la atención médica, los costos se incrementan, porque la relación está en función de las ganancias de los laboratorios y de la industria químico-farmacéutica, y, en menor medida, de las necesidades de la población. Sucede lo mismo en cuanto a los medicamentos. El

cuadro básico de medicamentos que rápidamente quedan obsoletos y son sustituidos por otras novedades, que también pronto pasan de moda y así hasta el infinito. Siempre todo motivado por la máxima utilidad económica, y con la pérdida del sentido social inherente a la medicina de la seguridad social.

Es necesario tratar de llegar al motivo que se tiene para la celebración de estos convenios de subrogación, como se mencionó en esta investigación la causa primaria de esta subrogación es la de no contar con los elementos suficientes y necesarios para cubrir la demanda de todos los afiliados, sin embargo esta razón no la consideramos suficiente, ya que es necesario tomar en cuenta diversos aspectos, por ejemplo existe gran parte de la población afiliada que no utiliza los servicios del Instituto y que sin embargo cumple con sus cuotas, éste tipo de ingresos ayuda al Instituto de cierta forma a solventar sus gastos.

Ahora se quiere dar la responsabilidad al patrón si éste así lo desea y si los trabajadores lo permiten de dar a sus trabajadores el servicio médico, en realidad no consideramos que exista una ventaja razonable como para poder justificar los convenios diciendo que sería una buena opción para el patrón subrogar los servicios médicos.

Las razones que se están dando para la reglamentación de la subrogación en lo personal no son suficientes, y en estos momentos se podría estar a tiempo de detener todo este fenómeno que se está dando, ya que se da la opción de subrogar pero no se dice exactamente cómo ni de qué forma, de llevarse a cabo la expedición del reglamento de subrogación se entrarían en más conflictos ya que por lo pronto muchos políticos no están de acuerdo en esto sino lo contrario.

Por ultimo, considero que los costos crecientes de la atención médica privada, sino se quiere afectar las cuotas, tendrán que ser pagados por el estado. Por tanto, la carga es para todos los contribuyentes, en beneficio de la medicina privada, y toda su constelación industrial. La obsesión privatizadora, de nueva cuenta, es a costa del dinero de la nación y en favor de reducidos grupos beneficiados.

10. ANEXO 1 CONVENIO DE SUBROGACION DE CUOTAS.

En la actualidad los convenios de subrogación de cuotas que existen entre algunas empresas privadas y el Instituto Mexicano del Seguro Social son pocos, de acuerdo a una entrevista realizada a la Lic. Moya del departamento de afiliaciones del IMSS el número de convenios celebrados es aproximadamente de 15, a continuación se presenta un ejemplo de un convenio de subrogación.

Convenio de Subrogación de Servicios que en términos de los artículos 97, en su fracción III, de la ley del seguro social y el 17 de la Ley reglamentaria de la fracción XIII bis del apartado B del Artículo 123 de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos celebran , por una parte, Banco S.A , representada por su presidente el señor

_____ y
por la otra, El Instituto Mexicano del Seguro Social, representado por _____ a quienes en el curso del presente convenio se les denominará "LA ASOCIACION" Y EL "INSTITUTO", respectivamente, en tanto las referencias a la Ley del Seguro Social y sus reglamentos se comprenderán bajo la denominación "LA LEY" y las diversas relativas a la ley reglamentaria de la fracción XIII BIS del apartado B del artículo 123 Constitucional se designarán como la "Ley Reglamentaria", reservándose la denominación; "LAS INSTITUCIONES", para connotar a las instituciones miembros de la Asociación Mexicana de Bancos, Banco y Patronato del Ahorro Nacional. Las partes sujetan este convenio a las declaraciones y cláusulas siguientes

DECLARACIONES.

- I. La Asociación y El Instituto manifiestan que con fecha 22 de abril de 1957, se celebró Convenio de Subrogación de servicios entre los Bancos y el Instituto Mexicano del Seguro Social, mismo que inició su vigencia el día primero de marzo el año precitado.
- II. Expresan, asimismo, que el convenio mencionado en el apartado anterior debe ser adecuado con vista a las modificaciones legales introducidas, tanto en el ordenamiento

del Seguro Social cuanto en el correspondiente a los órdenes normativos reguladores de las instituciones que prestan el servicio público de banca y crédito, Banco de México y Patronato del Ahorro Nacional.

- III. Consecuentes con lo expuesto, LA ASOCIACION Y EL INSTITUTO están anuentes, expresamente, en celebrar el presente convenio, el que se registrá por las siguientes:

CLAUSULAS:

PRIMERA.- LAS INSTITUCIONES proporcionarán directamente a sus trabajadores y a sus familiares derechohabientes - beneficiarios -, enumerados en el artículo 92 de LA LEY, las prestaciones en especie y en dinero que señala el artículo 17 de la LEY REGLAMENTARIA, que dando por tanto EL INSTITUTO relevado de todas las obligaciones y responsabilidades relativas al otorgamiento de las prestaciones consignadas en los artículos 63, 65 fracción I, 71 fracción I, 92, 93, 99, 102, 104, 112 y 118 de LA LEY , respecto de los supraindicados trabajadores de LAS INSTITUCIONES y los beneficiarios de ellos.

SEGUNDA.- Cada una de las INSTITUCIONES retendrá, sobre el importe que arroje la liquidación obreropatronal bimestral que corresponda, el 47% (cuarenta y siete por ciento) en el seguro de riesgos de trabajo y el 83% (ochenta y tres por ciento) en el seguro de enfermedades y maternidad. Para tal efecto, LAS INSTITUCIONES están obligadas a liquidar el importe total de sus cotizaciones, lo que llevarán a cabo mediante el pago en efectivo que corresponda y la presentación del recibo que ampare el monto de la reversión a que tuvieran derecho.

En el cálculo de sus cotizaciones LAS INSTITUCIONES observarán lo dispuesto por el artículo 32 de LA LEY, en el entendido de que no integran el salario base de cotización las prestaciones siguientes: la prima sabatina o dominical, cuando se trabaje en esos días por excepción; los pagos que se efectúen a los trabajadores por laborar en sus días de descanso, siempre que esta prestación de servicios no sea habitual; las prestaciones económicas otorgadas a los trabajadoras por alumbramiento y, finalmente, las primas complementarias por seguros que amparen los bienes inmuebles de sus trabajadores adquiridos a través de préstamos hipotecarios otorgados por las propias INSTITUCIONES.

TERCERA.- EL INSTITUTO proporcionará a los trabajadores de las INSTITUCIONES las prestaciones que señala LA LEY, a excepción de las mencionadas en la cláusula primera del presente convenio. En cuanto a las prestaciones que son a cargo, EL INSTITUTO las otorgará, invariablemente, con sujeción a los términos y condiciones que LA LEY fija.

De conformidad con lo anterior, las valuaciones de incapacidades permanentes, totales o parciales, derivadas del acaecimiento de riesgos de trabajo, así como los dictámenes de estados de invalidez, se efectuarán invariablemente por EL INSTITUTO a través de sus médicos, los que están facultados para obtener los informes que estimen pertinentes de parte de LAS INSTITUCIONES.

CUARTA.- En orden al otorgamiento de las prestaciones por EL INSTITUTO, LAS INSTITUCIONES se obligan a inscribir a sus trabajadores en el régimen obligatorio del Seguro Social, así como a proporcionarle todos los datos y avisos que LA LEY señala, en la forma y términos por ésta establecidos.

A fin de facilitar el cumplimiento de las obligaciones a cargo de las INSTITUCIONES, EL INSTITUTO formulará y dará a conocer a las mismas un instructivo destinado para tal efecto.

QUINTA.- En cuanto a la concesión de las prestaciones en especie y en dinero, que en los términos del presente convenio son a cargo de LAS INSTITUCIONES ellas quedarán sujetas a la inspección y vigilancia que ejerza EL INSTITUTO, independientemente de la obligación que asumen LAS INSTITUCIONES de acatar las disposiciones de LA LEY.

SEXTA.- En los casos en que el INSTITUTO advierta deficiencias en el otorgamiento de las prestaciones por parte de LAS INSTITUCIONES, comprobadas que sean las mismas, previa la práctica de las investigaciones correspondientes, dictará y ejecutará las medidas conducentes para corregirlas.

SEPTIMA.- LAS INSTITUCIONES se obligan a integrar y mantener los archivos que fueran necesarios, a efecto de contar con las

estadísticas médicas o administrativas relativas al otorgamiento de las prestaciones que son a su cargo. Asimismo, proporcionarán, trimestralmente, los datos inherentes a dichas prestaciones, para el efecto de que EL INSTITUTO este en aptitud de evaluarlos y, en su caso, de comunicar a LA ASOCIACION las instrucciones y normas técnicas que se precisen para el adecuado y eficaz desempeño de esta función. La información relativa a los casos de riesgos de trabajo y sus consecuencias, deberá ser entregada mensualmente por LAS INSTITUCIONES, dentro de los siguientes 15 días naturales al mes al que se refiere.

OCTAVA.- EL INSTITUTO no tendrá responsabilidad alguna proveniente de los contratos de trabajo que LAS INSTITUCIONES tengan celebrados con el personal médico, de enfermería, administrativo y de intendencia, destinado a la prestación de los servicios subrogados en los términos de este convenio.

Por tanto, EL INSTITUTO por ningún motivo asumirá el carácter de patrón sustituto, en relación con el personal mencionado o el que en lo futuro le suceda.

NOVENA.- Las partes acuerdan que el presente convenio se revise cada tres años, a partir del último trimestre de 1986 en que se efectuará la primera revisión del mismo. Los ajustes o modificaciones que como consecuencia de esas revisiones se efectúen, surtirán efectos en el transcurso del mes de enero del año inmediato posterior.

DECIMA.- Este convenio se celebra por tiempo indefinido y serán causas de su terminación respecto de una o más empresas, las siguientes:

- A) La falta de cumplimiento, por parte de una o más de LAS INSTITUCIONES, de cualquiera de sus obligaciones en los términos de este convenio, en cuyo caso solo afectará a la o las infractoras.
- B) Por acuerdo de las partes, y
- C) La falta de pago, por un término mayor a seis meses, de las cuotas obrero patronales a cargo de LAS INSTITUCIONES, en términos de LA LEY y sus Reglamentos.

En estos casos deberá darse el aviso por escrito con tres meses de anticipación a la fecha en que deba producirse la terminación, a efecto de que en dicho lapso se tomen las medidas pertinentes para no interrumpir los servicios a que se refiere la cláusula tercera.

DECIMAPRIMERA.- Las partes convienen en que la modificación en el procedimiento para el cálculo de la cotización, contenida en la cláusula segunda, surta efectos a partir del cuarto bimestre de 1985.

Para los efectos anteriores, LAS INSTITUCIONES se obligan a presentar AL INSTITUTO los avisos de modificación de salario y las liquidaciones complementarias correspondientes, pagando estas últimas sin recargos. Asimismo, LAS INSTITUCIONES dispondrán de una plaza no mayor de treinta y cinco días contados desde la fecha en que entre en vigor este convenio.

DECIMASEGUNDA.- EL INSTITUTO concederá finiquito a LAS INSTITUCIONES respecto de las liquidaciones pagadas con anterioridad al cuarto bimestre de 1985, expresamente por lo que toca a la determinación del salario base de cotización conforme al que éstas cubrían las cuotas obrero patronales, en cumplimiento de la cláusula segunda del convenio celebrado con fecha 22 de abril de 1957.

DECIMATERCERA.- Este convenio entrará en vigor a partir de la fecha de su firma.

Estando las partes de acuerdo en las estipulaciones anteriores, firman el presente convenio por quintuplicado, en la ciudad de México, Distrito Federal, a los treinta días del mes de abril del año de mil novecientos ochenta y seis.

POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL

POR LOS BANCOS, BANCO DE MEXICO Y
PATRONATO DEL AHORRO NACIONAL.

TESTIGO DE CALIDAD
POR LA SECRETARIA DE HACIENDA Y
CREDITO PUBLICO.

POR LA SUBSECRETARIA DE LA BANCA
NACIONAL DE LA SHYCP.

POR LA DIRECCION GENERAL DE LA
BANCA MULTIPLE DE LA SHYCP.

MODIFICACION

Convenio de modifica parcialmente al diverso de subrogación de servicios de 30 de abril de 1986, así como a su addendum de 17 de noviembre de 1988, que celebran Los Bancos y el Instituto Mexicano del Seguro Social, representados la Primera vez por su presidente

_____ y el
segundo por su director general
_____ A

quienes en el curso del presente convenio se les denominará "La Asociación " y "El Instituto" respectivamente; las partes se sujetan a las declaraciones y cláusulas siguientes:

DECLARACIONES.

I.- "La Asociación" y "El Instituto" manifiestan que con fecha 30 de abril de 1986 celebraron Convenio de Subrogación de Servicios, que inició su vigencia el mismo día de su firma.

II.- "La Asociación" y "El Instituto" expresan que con fecha 17 de noviembre de 1988 celebraron Addendum al Convenio de Subrogación de Servicios de fecha 30 de abril de 1986, mediante el cual se modificaron las cláusulas SEGUNDA y NOVENA de dicho Convenio y se adicionó la cláusula SEGUNDA BIS.

III.- Declaran las partes que han considerado conveniente modificar la Cláusula SEGUNDA BIS, adicionada al Convenio de Subrogación de acuerdo con el Addendum a que se refiere el punto que antecede, para precisar sin lugar a dudas la voluntad de las partes, tomando en cuenta lo dispuesto por el artículo 37, fracciones I y IV de la Ley del Seguro Social.

IV.- Consecuentemente con lo expuesto, "La Asociación" y "El Instituto" están anuentes en celebrar el presente convenio, el que se regirá por las siguientes:

CLAUSULAS.

PRIMERA.- Se adecúa la Cláusula SEGUNDA BIS, que se adicionó mediante la Cláusula QUINTA del Addendum al Convenio de Subrogación de Servicios celebrado el 30 de abril de 1986, para quedar en los siguientes términos:

"SEGUNDA BIS.- Para la aplicación del artículo 37, en sus fracciones I y IV de la Ley, "El Instituto" y "Las Instituciones", con el fin de simplificar para ambas partes la elaboración, confronta, glosa y liquidación, así como aclaraciones de las cuotas obrero-patronales, convienen en que "Las Instituciones" deducirán el 1.75%, por concepto de ausentismo, del importe total de las cuotas obrero-patronales a pagar bimestralmente, así como de sus enteros provisionales, correspondiente exclusivamente a los ramos de Riesgos de Trabajo; Enfermedades y Maternidad; Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte, (con exclusión de los seguros de Guarderías y de Retiro), de la cantidad resultante, cada una de las "Las Instituciones" retendrá los porcentajes de reversión convenidos, "Las Instituciones" se obligan a liquidar el importe de sus cotizaciones mediante el pago en efectivo que corresponda y la presentación del recibo que ampare el importe de la reversión".

SEGUNDA.- Las partes manifiestan que subsisten con plena validez y consecuencias jurídicas todas y cada una de las estipulaciones que pactaron en el Convenio de Subrogación de Servicios del 30 de abril de 1986 y su Addendum de fecha 17 de noviembre de 1988, sin más modificación que la que se ha determinado en este Convenio para la Cláusula SEGUNDA BIS, misma que surtirá efectos a partir de la fecha de firma del presente.

TRANSITORIA.

UNICA.- Aquellas "Instituciones", que con motivo del procedimiento para la aplicación de la Cláusula SEGUNDA BIS del Addendum del 17 de noviembre de 1988 interpusieron recursos de inconformidad y en su caso juicios fiscales obteniendo resoluciones favorables, les serán devueltas las cantidades pagadas en exceso, en los términos que indiquen expresamente los acuerdos o sentencias respectivas.

ESTANDO LAS PARTES DE ACUERDO EN LAS ESTIPULACIONES ANTERIORES FIRMAN EL PRESENTE CONVENIO POR QUINTUPLICADO, EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL, A LOS CATORCE DIAS DEL MES DE ENERO DE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO.

POR EL INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL

POR LOS BANCOS

A D E N D U M

Adendum al convenio de subrogación de servicios celebrado entre los Bancos y el Instituto Mexicano del Seguro Social el treinta de abril de mil novecientos ochenta y seis, mismo que las partes sujetan a las declaraciones y cláusulas siguientes.

D E C L A R A C I O N E S .

PRIMERA.- LA ASOCIACION Y EL INSTITUTO manifiestan que con fecha 30 de abril de 1986 celebraron Convenio de Subrogación de Servicios, el que inició su vigencia a partir de ese día.

SEGUNDA.- Expresan, asimismo, que en la cláusula Novena del Convenio celebrado, estipularon la revisión periódica de éste, por lo que por medio del presente instrumento proceden, de mutuo acuerdo, a introducir en el mismo las modificaciones que por primera ocasión han pactado, de conformidad con las siguientes:

C L A U S U L A S :

PRIMERA.- Se modifica el contenido del primer párrafo de la Cláusula segunda del convenio celebrado, para quedar en los siguientes términos:

SEGUNDA.- Cada una de las Instituciones retendrá, sobre el importe que arroje la liquidación obreropatrolal bimestral que corresponda, el 39 % (treinta y nueve por ciento) en el seguro de riesgos de trabajo y el 71.5 % (setenta y uno y medio por ciento) en el seguro de enfermedades y maternidad. Para tal efecto, LAS INSTITUCIONES están obligadas a liquidar el importe total de sus cotizaciones, lo que llevarán a cabo mediante el pago en efectivo que corresponda y la presentación del recibo que ampare el monto de la reversión a que tuvieron derecho.

SEGUNDA.- Los porcentajes de reversión estipulados en la cláusula anterior, surtirán efectos a partir del día, primero de enero de mil novecientos ochenta y ocho.

TERCERA.- El pago de las diferencias resultantes de la aplicación de los nuevos porcentajes de reversión, en relación con los originalmente convenidos, correspondientes a los bimestres del primero al quinto de mil novecientos ochenta y ocho, lo efectuarán LAS INSTITUCIONES sin recargos, a más tardar el 15 de diciembre del año en curso.

CUARTA.- Se modifica el contenido de la cláusula novena del convenio celebrado, para quedar en la forma siguiente:

NOVENA.- Las partes acuerdan que el presente convenio podrá ser revisado cuando existan reformas a la ley o situaciones de hecho que en uno o en otro caso lo justifiquen, por incidir en los elementos básicos del convenio cualquiera de las partes podrá ejercitar este derecho.

QUINTA.- Se adiciona, al Convenio celebrado, la cláusula siguiente:

SEGUNDA BIS.- Para la aplicación del artículo 37 en sus fracciones I y IV de LA LEY DEL INSTITUTO Y LAS INSTITUCIONES, con el fin de simplificar para ambas partes la elaboración, confronta, glosa y liquidación, así como aclaraciones de las cuotas obreropatronales, convienen en que aquel revierta a éstas el 1.75 % (uno setenta y cinco por ciento) sobre el importe total de las cuotas obreropatronales que LAS INSTITUCIONES deban pagar a EL INSTITUTO con exclusión de la del Seguro de Guarderías para hijos de aseguradas.

Esta estipulación entrará en vigor a partir del día primero de enero de mil novecientos ochenta y nueve.

ESTANDO LAS PARTES DE ACUERDO EN LAS ESTIPULACIONES ANTERIORES, FIRMAN EL PRESENTE ADENDUM, POR QUINTUPLICADO, EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL, A LOS DIECISIETE DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO DE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO.

ANEXO 2 PRIMER INFORME PRESIDENCIAL

Fragmento en relación a la Seguridad Social del Primer Informe Presidencial del Presidente Vicente Fox.

1.5.1. Instituto Mexicano del Seguro Social

Bajo el entorno de una nueva administración, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se ha propuesto consolidar sus finanzas, mejorar la calidad de sus servicios y hacer frente en los próximos años, a la previsible etapa de mayor crecimiento de la cobertura de la seguridad social, incorporando no sólo a quienes por sus actividades tienen derecho a ello, sino también a grupos de la población que no cuentan con un empleo formal.

REFORMA DEL SEGURO SOCIAL

Desde el 1o. de julio de 1997, fecha en que entró en vigor la Nueva Ley del Seguro Social, el Gobierno Federal canaliza más recursos al Instituto para apoyar su modernización, incrementar su afiliación, cubrir sus necesidades de equipamiento y renovación, y asegurar su viabilidad financiera. Ha aumentado su participación en el financiamiento de la seguridad social en relación con el pasado reciente, al ampliar su grado de intervención tanto en las pensiones como en los ramos de aseguramiento.

Aportaciones al IMSS

La eficiencia del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la recaudación de las cuotas para todos los ramos de aseguramiento es uno de los aspectos más importantes para el éxito de los recursos financieros, así como para el registro individual de las aportaciones.

Comportamiento de las aportaciones al IMSS

Con el nuevo esquema de financiamiento, el IMSS ha aumentado su capacidad para mejorar sus servicios. En el periodo de enero a agosto de 2001 las cuotas y aportaciones tripartitas ascendieron a 128 483 millones de pesos, lo cual representa un incremento del 13.1 por ciento con respecto al periodo anterior. De este monto, el sector empresarial participó con el 58.2 por ciento; el sector

laboral, con el 10.8 y el Gobierno Federal, con el 31 por ciento. En el mismo lapso de 2000, la contribución fue de 58.6, 11 y 30.4 por ciento, respectivamente.

Del total de las contribuciones al financiamiento de la Seguridad Social, el Instituto destinó el 19.3 por ciento al Seguro de Retiro, Cesantía y Vejez (RCYV); el 47.4 por ciento, al Seguro de Enfermedades y Maternidad (EYM); el 8.1 por ciento al Seguro de Invalidez y Vida (IV); el 6.3 por ciento, a Riesgos de Trabajo (RT); el 3.4 por ciento, a Guarderías y Prestaciones Sociales (GYPS) y el 15.5 por ciento a Pensiones en Curso de Pago.

Destacan las aportaciones para el Seguro de Enfermedades y Maternidad con 60 885 millones de pesos, lo que significó un aumento de 13.1 por ciento, en relación al mismo lapso anterior. El mayor crecimiento se registró en el Seguro de Invalidez y Vida con un 15.1 por ciento, derivado de lo dispuesto por el artículo vigésimo quinto transitorio de la Ley del Seguro Social, que establece que el límite del salario base de cotización en veces de salario mínimo para el seguro de invalidez y vida, se aumentará en uno por cada año.

Subsidios y Ayudas

El IMSS protegió la incapacidad temporal derivada de riesgos de trabajo, enfermedad general y maternidad, a través de 3 202 610 certificados, que generaron pago por 3 603 556 miles de pesos, de enero a agosto del presente año; estas cifras representan un decremento de 10.6 por ciento en certificados y un incremento de 6.2 por ciento en importes pagados, con respecto al mismo periodo de 2000, en el cual se registraron 3 583 838 certificados, con importe de 3 393 000 miles de pesos.

La prestación económica otorgada por riesgos de trabajo, se paga al 100 por ciento del salario base de cotización, desde el inicio de la incapacidad temporal hasta por 52 semanas. Por enfermedad general, se paga el 60 por ciento del salario base de cotización registrado en el Instituto, a partir del cuarto día de la incapacidad y hasta por 52 semanas. Si al concluir dicho periodo el asegurado continúa incapacitado, se puede prorrogar el pago del subsidio hasta por 26 semanas más.

Las ayudas por gastos de funeral proporcionadas durante enero-agosto de 2001 ascendieron a 36 512 casos, con un gasto de 86 916 miles de pesos. Las registradas al mismo periodo de 2000, fueron de 34 758 ayudas, con 77 498 miles de pesos, lo que

representa incrementos de 5 por ciento en casos y 12.2 por ciento en importes.

Las ayudas para gastos de matrimonio incluyeron 43 779 casos, el gasto por este concepto se trasladó a las AFORES, quienes deberán cubrir el pago con recursos de la cuenta individual del asegurado.

Se programó el pago de 3 460 543 subsidios y ayudas; al término del periodo de Informe se logró pagar 3 202 610, lo que significó un avance del 92.5 por ciento. Los recursos para el pago de subsidios y ayudas se programaron en 3 852 900 miles de pesos, se alcanzó una erogación de 3 603 556 miles, lo cual equivale a 93.5 por ciento.

Debido al programa de contención de costos, relativo a la expedición de incapacidades, la efectividad en el pago de subsidios y ayudas es de 93 por ciento.

PRESTACIONES SOCIALES

Las prestaciones sociales están orientadas a fomentar la salud, el bienestar y a elevar el nivel de vida de los trabajadores en activo, jubilados, y de sus familias; de esta manera, se promueve la corresponsabilidad y la participación comunitaria, de acuerdo a las necesidades y características locales, regionales y nacionales.

Sistema Nacional de Guarderías

La acelerada incorporación de la mujer al mercado de trabajo requiere facilitarle la atención integral de sus hijos durante su jornada laboral y así cumplir con las disposiciones que por ley le corresponden. Por ello, uno de los compromisos del Instituto Mexicano del Seguro Social es dar respuesta, en el menor tiempo posible, a la demanda de servicios de guarderías.

En el afán de disminuir la brecha existente entre la demanda real de los servicios y la demanda atendida, durante el año 2001, el IMSS se ha abocado a ampliar la cobertura para este sector a través del crecimiento en unidades y capacidad instalada de guarderías en los esquemas Vecinal Comunitario y del Campo. Dichos modelos dan atención por prestación indirecta, conservando el Instituto la facultad de supervisar y evaluar la calidad y satisfacción del usuario en cuanto a las normas que rigen el servicio y a la vigilancia técnica de la operación.

La estrategia para el otorgamiento de la prestación de los servicios, por los esquemas de atención indirecta, permitió que durante el primer semestre de 2001 se contara con una capacidad instalada de 75 294 de estos esquemas, lo que corresponde al 72 por ciento de la capacidad total instalada para servicios de guarderías del IMSS. Esto, aunado a los 29 942 lugares dentro de los esquemas Madres IMSS y Ordinario, de operación directa, representó un total de 105 236 lugares de capacidad instalada para agosto de 2001.

La capacidad en el servicio de guarderías del IMSS se amplió en 24 980 lugares hasta el mes de agosto de 2001, considerando los esquemas Madres IMSS y Ordinario. Por ello, aumentó la posibilidad de atención de niños de madres trabajadoras en un 24 por ciento con respecto al año 2000. Además, se fomentó la pequeña y mediana empresa a través de la apertura de aproximadamente 775 guarderías del esquema Madres IMSS y Ordinario, operadas por asociaciones o sociedades civiles, lo cual generó un total de 19 375 empleos directos.

Con los mismos recursos humanos del IMSS, y a través de los esquemas de prestación indirecta, se aumentaron hasta el mes de agosto de 2001 los 14 629 lugares, sin necesidad de incrementar las plazas a cargo del Instituto. Los gastos de operación por niño atendido se redujeron en un 42 por ciento.

Al aprovecharse la infraestructura existente se evitó inversión institucional de aproximadamente 907 millones de pesos en el periodo de enero a agosto 2001.

11. BIBLIOGRAFIA.

- "Diccionario Jurídico Sobre Seguridad Social" Instituto de Investigaciones Jurídicas Serie E. UNAM. 1994
- "Enciclopedia Jurídica Básica" Volumen IV ed. Civitas 1995, páginas 7019.
- "Ley del Seguro Social" 1973 Javier Moreno Padilla ed. Trillas marzo 1994 México D.F. p.p 958
- "Nueva Ley del Seguro Social comentada IMSS" 1998 1era. Edición Tomo II p.p 491.
- "Nueva Ley del Seguro Social comentada IMSS" 1998 1era. Edición Tomo III p.p 449.
- Bejarano Sánchez Manuel, Obligaciones Civiles, México Harla, 1980.
- Código Civil
- Constitución de los Estados Unidos Mexicanos
- Diario de los debates LVII Legislatura
- Guadement Eugene, Teoría General de las Obligaciones, México Porrúa 1974.
- <http://pnd.presidencia.gob.mx/pnd/csm/tp1Documento.cfm/Id=PND-7-3>
- <http://www.camaradediputados.gob.mx/informesgob/Fox/1informe/mensaje.htm>
- <http://www.camaradediputados.gob.mx/sprensaarchivo/98/julio09.htm>.

- <http://www.estenio.com.mx/boletin15/boletinfr.htm>
- <http://www.imbiomed.com.mx/Conamed/Cnv02n13/espanol/Wcn913-03.html>, *Revista CONAMED* 1999; 2(13): 12-17.
- <http://www.imss.gob.mx/>
- Ley del Seguro Social
- Ley Federal del Trabajo.
- Ley Orgánica de la Administración
- Observatorio de la Salud, Necesidades, Servicios, Políticas, Julio Frenck/Editor.
- Regina Villegas, Rafael, *Derecho Civil Mexicano*, 3ª edición, México Porrúa 1977,
- Sesión Ordinaria 1999 y 1998
- Tax Editores , *Práctica Fiscal*, Núm. 200, 2ª. 15ª. Octubre 1999.