



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
CAMPUS ARAGÓN**

**“ANÁLISIS DEL REGLAMENTO PARA EL TRAMITE DE  
SOLICITUDES DE REEMBOLSO POR LA PRESTACIÓN  
DE SERVICIOS MEDICOS EXTRAINSTITUCIONALES  
DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
(PROPUESTA DE UN NUEVO REGLAMENTO)”.**

**T E S I S**

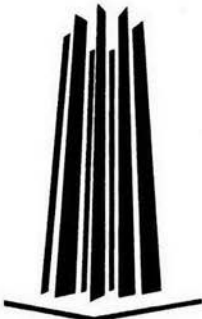
**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**LICENCIADO EN DERECHO**

**P R E S E N T A:**

**ADAN REYES VAZQUEZ**

**ASESOR : MTRA. JANETTE Y. MENDOZA GANDARA**



**BOSQUES DE ARAGÓN, ESTADO DE MÉXICO 2004**



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.

LA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

# AGRADECIMIENTOS

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: ADAN REYES  
Vázquez

FECHA: 10-2018/04

FIRMA: [Firma]

A MIS PADRES:

POR SU PACIENCIA Y  
MOTIVACIÓN EN LOS  
MOMENTOS DIFÍCILES.

A MARÍA ESPERANZA, RODOLFO ADRIAN,  
MARIA ESPERANZA(HIJA) Y OSCAR NOÉ:

QUIENES SON EL MOTOR QUE GENERA  
ENERGIA PARA AFRONTAR LA LUCHA  
COTIDIANA.

A MIS HERMANOS:

POR SU INVALUABLE APOYO Y  
SOLIDARIDAD.

AL LIC. JESUS CASTILLO SANDOVAL:

POR INCULCARMEN SUS CONOCIMIENTOS Y  
VALORES QUE ME HACEN SER UNA MEJOR  
PERSONA.

AL LIC. SERGIO SALOMÓN  
ZARKIN CORTES;

POR TU AMISTAD Y APOYO  
INCONDICIONAL

AL DR. JOSÉ SATURNINO MEDESIGÓ  
MICETE

POR SU EJEMPLO Y VISIÓN PARA EL  
DESARROLLO PROFESIONAL.

IN MEMORIAM:

ING. NOÉ REYES VAZQUEZ Y  
MARIO ALBERTO (UN GRAN AMIGO).

**“ANÁLISIS DEL REGLAMENTO PARA EL TRÁMITE DE SOLICITUDES DE REEMBOLSO POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS EXTRAINSTITUCIONALES DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (PROPUESTA DE UN NUEVO REGLAMENTO)”.**

	<b>pagina</b>
<b>INTRODUCCION</b>	
<b>CAPITULO 1</b>	
<b>ANTECEDENTES HISTORICOS</b>	1
1.1 ORIGENES DEL ISSSTE	2
1.2 SEGUROS, PRESTACIONES Y SERVICIOS QUE OTORGA EL INSTITUTO	7
1.2.1 SEGUROS	7
1.2.2 PRESTACIONES ECONOMICAS	14
1.2.3 CULTURALES	19
1.2.4 SERVICIOS	19
1.3 PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO EN EL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL COMITÉ TÉCNICO DE QUEJAS MÉDICAS	20
<b>CAPITULO 2</b>	
<b>DEL PROCEDIMIENTO DE REEMBOLSO CONTEMPLADO EN EL REGLAMENTO VIGENTE</b>	28
2.1 DEL ACTO JURIDICO ADMINISTRATIVO	29
2.2 DIFERENCIA ENTRE PROCESO Y PROCEDIMIENTO	33
2.3 CAPITULO I.- DISPOSICIONES GENERALES	36
2.4 CAPITULO II.- PRESENTACION DE LA SOLICITUD DE REEMBOLSO	50
2.5 CAPITULO III.- DE LA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE DE REEMBOLSO	66
2.6 CAPITULO IV.- DE LA SUBSTANCIACIÓN DE LA SOLICITUD	69
2.7 CAPITULO V.- DE LA RECONSIDERACIÓN	76
2.8 CAPITULO VI.- DE LA INTEGRACIÓN DEL COMITÉ Y LA COMISIÓN	81
2.9 REFORMAS ADICIONES Y DEROGACIONES REALIZADAS AL REGLAMENTO EL 16 DE MAYO DEL AÑO 2000	88



<b>CAPITULO 3</b>	
<b>PROPUESTA DE NUEVO REGLAMENTO PARA EL TRAMITE DE SOLICITUDES DE REEMBOLSO</b>	<b>95</b>
3.1. LA NECESIDAD DE UN NUEVO REGLAMENTO	96
3.2 APARTADOS QUE DEBE CONTENER EL NUEVO REGLAMENTO	99
3.2.1. TITULO PRIMERO DISPOSICIONES GENERALES	100
3.2.2 TITULO SEGUNDO.- DEL PROCEDIMIENTO (REGLAS)	102
3.2.3 TITULO TERCERO.- DE LA COMPETENCIA	110
3.2.4 TITULO CUARTO.- DE LOS TERMINOS	111
3.2.5 TITULO QUINTO.- DE LAS NOTIFICACIONES	111
3.2.6 TITULO SEXTO.- DEL RECURSO	112
3.2.7 TITULO SEPTIMO.- DE LOS ORGANOS COLEGIADOS	113
3.2.8 TITUTLO OCTAVO.- DE LAS RESPONSABILIDADES DE LOS ORGANOS COLEGIADOS	117
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>118</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>120</b>

## INTRODUCCION

El presente trabajo tiene como finalidad realizar un análisis técnico-jurídico del Reglamento para el Trámite de Solicitudes de Reembolso por la Prestación de Servicios Médicos Extrainstitucionales, toda vez que en el devenir histórico se han apreciado inconsistencias técnico-jurídicas durante el procedimiento y las resoluciones que les recaen a las solicitudes de reembolso.

Como se señala en el capítulo primero se hará una breve reseña de los antecedentes históricos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, hasta llegar a la formación de las Unidades de Atención al Derechohabiente y Comunicación Social como unidades desconcentradas del Instituto, que juegan un papel muy importante en la recepción de la solicitud de reembolso hasta la conclusión del procedimiento de reembolso. Asimismo en este primer capítulo se hace mención en forma sucinta a los seguros, servicios y prestaciones que otorga el ISSSTE con base a su ley con la finalidad que se determine la materia de las solicitudes de reembolso que están enfocadas sólo al incumplimiento en el otorgamiento del servicio médico de los derechohabientes o de sus familiares.

Y por último, se analiza brevemente el procedimiento de reembolso constituido en el Manual de Procedimientos del Comité Técnico de Quejas Médicas, debido a que en este manual históricamente se dio vida al procedimiento de reembolso que actualmente conocemos.

Por lo que hace al capítulo segundo, en primer lugar se confeccionó una definición más acorde a la realidad jurídica de lo que es el acto jurídico administrativo y se precisa la diferencia entre proceso y en virtud que el reglamento regula precisamente un procedimiento.

En este mismo capítulo se analiza el Reglamento para el Trámite de Solicitudes de Reembolso por la Prestación de Servicios Médicos Extrainstitucionales publicado el día 28 de abril de 1997 en el Diario Oficial de la Federación. La metodología utilizada consiste en analizar cada uno de los artículos que conforman ese reglamento, haciendo los señalamientos necesarios acerca de las deficiencias jurídicas que se identifican en cada uno de los numerales.

Como complemento, se realiza de forma separada un estudio de los artículos que sufrieron alguna modificación a raíz de las reformas, adiciones y derogaciones practicadas al reglamento y que fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación el día 16 de mayo del año 2000, en esta parte se hace un análisis profundo de aquellos artículos que mayor impacto tuvieron gracias a las reformas.

En el capítulo tercero se plantea la necesidad de elaborar un nuevo ordenamiento que ofrezca a los reclamantes de reembolso un verdadero procedimiento en el que las solicitudes que se substancien con base en esta normatividad que se ajusten a los principios de legalidad jurídica que deben imperar en todo procedimiento.

Por último, se hace la propuesta de lo se considera debe ser el nuevo ordenamiento de reembolso, en el que se incluyen Títulos y Capítulos para una mejor distribución y manejo del cuerpo legal por parte de los servidores públicos y de los solicitantes de reembolso. Con dicha normatividad se busca que haya un procedimiento rápido, expedito e imparcial apartado de la institucionalidad que tiene el reglamento actual.

# **CAPITULO 1**

## **ANTECEDENTES HISTORICOS**

1.1 ORIGENES DEL ISSSTE

1.2 SEGUROS, PRESTACIONES Y SERVICIOS QUE OTORGA EL INSTITUTO

1.2.1 SEGUROS

1.2.2 PRESTACIONES ECONOMICAS

1.2.3 CULTURALES

1.2.4 SERVICIOS

1.3 PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO EN EL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL  
COMITÉ TÉCNICO DE QUEJAS MÉDICAS

## 1.1 ORIGENES DEL ISSSTE

El Estado Mexicano en su papel protector de las necesidades tanto, individuales como colectivas, ha tenido que crear un régimen de Seguridad Social, el antecedente constitucional lo encontramos en la Constitución Centralista de 1836, por su parte la Constitución de 1857 no otorgaba a la fuerza de trabajo las prestaciones que cubrieran riesgos de incapacidad o muerte.

El 13 de marzo de 1868 se discutió una iniciativa de ley propuesta por el gobierno liberal de Benito Juárez, las prestaciones de seguridad social logradas se ampliaron en el año de 1896 con el Gobierno Porfirista, desapareciendo posteriormente, al inicio de la Revolución Mexicana.

En el año de 1915 entra en vigor la Ley del Trabajo de Salvador Alvarado, en esta Ley se incluye como sujetos a los trabajadores del Estado, marcándose una clara tendencia hacia la integración de la Seguridad Social de los trabajadores del Estado a través de una sociedad mutualista contratada con aportaciones de los trabajadores, de lo que resultaba nula la participación del Estado.

El 12 de agosto de 1925, entra en vigor la Primera Ley de Pensiones Civiles y de Retiro, en dicha ley aún cuando no se alcanzaban a cubrir campos importantes relativos a las ramas correspondientes a la salud y a la protección al salario, se puede decir que se reflejó el inicio del proceso de la normatividad en materia de Seguridad Social en México, no obstante las múltiples deficiencias que la mencionada Ley presentaba, ésta mantuvo su vigencia hasta el

28 de diciembre de 1959, fecha en la que se expidió la Ley de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado.

En el año de 1943 los trabajadores asalariados lograron la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social, incorporándose a su régimen obligatorio los trabajadores subordinados contemplados en el artículo 123 apartado "A" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el financiamiento de este Instituto es a base de un sistema tripartita en el que se contemplan las cuotas de los obreros, de los patrones y las aportaciones por parte del Estado.

En la Ley de Seguro Social, se intentó abrir la posibilidad de integrar a su régimen a los trabajadores del Estado, sin que se llevara a cabo dicha integración, situación que como se señaló anteriormente, dio lugar a que la Ley de Pensiones conservara su vigencia hasta 1959.

Ante esta situación y la necesidad de que los trabajadores al servicio del Estado, cuyas relaciones laborales se regulan en la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, reglamentaria del apartado "B" en el artículo 123 de la Carta Magna, fue hasta el año de 1959, en que con motivo del XXI aniversario de la expedición del Estatuto Orgánico de la Federación de Sindicatos de los Trabajadores al Servicio del Estado durante la ceremonia llevada a cabo en el Palacio de las Bellas Artes, el Presidente Adolfo López Mateos presentó al Congreso de la Unión la iniciativa de Ley que dio origen al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, constituyéndose este Instituto como un Organismo bipartita tal como lo señala el Maestro Acosta Romero<sup>1</sup> dicha iniciativa

---

<sup>1</sup> ACOSTA ROMERO Miguel, Derecho Administrativo Especial Vol. II, Editorial Porrúa, México 1999, p 559

fue discutida y aprobada, por lo que la Dirección General de Pensiones y de Retiro se Transformó en 1960 en el ISSSTE, y con la creación de este Instituto se ampliaron los Servicios Médicos y Sociales, estableciéndose en la ley catorce Prestaciones, Servicios, y Seguros de Protección y Bienestar Social. Dichos Servicios se otorgaron en aquella época en once zonas que aglutinaban a más de un Estado, sin embargo los modelos organizativos antiguos que las integraban eran distintos debido a que cada área central los estableció conforme a criterios unilaterales.

Durante la década de los años setentas el modelo de zonas en el ISSSTE se transformó en siete regiones, las cuales fueron manejadas cada una por un Jefe Regional y cada Estado por un Jefe Estatal, sustituyéndose esta forma de organización por la de Delegaciones Estatales, de conformidad con el acuerdo tomado por la H. Junta Directiva del Instituto el 19 de julio de 1978, publicándose hasta el 19 de septiembre de ese mismo año en el Diario Oficial de la Federación el Reglamento de las Delegaciones.

Es a principio de la década de los ochentas que debido a las modificaciones de la Ley del ISSSTE, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado sufre una reestructuración en su área central, por lo que se tuvo que realizar un cambio en el esquema de Delegaciones, consistente en una desconcentración administrativa que implicó el ejercicio y la facultad de decisión en el lugar de asiento de las Unidades Administrativas, con miras a una mejor atención de la población derechohabiente de cada Delegación Estatal, y es hasta el año de 1985 que se establece una estructura orgánica para todas las Delegaciones, conformada por un Delegado y cuatro Subdelegados.

Por lo que respecta al Distrito Federal, la operación y administración del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado se llevaba a cabo por las



propias áreas centrales, dando lugar a una duplicidad funcional que se tradujo en problemas operativos, lo que conllevó a la creación de cuatro Delegaciones Regionales con la finalidad de equilibrar el otorgamiento de prestaciones.

Ya con las Delegaciones perfectamente definidas, se crean en 1997 en la reunión que tuvo lugar en los Cabos San Lucas, las Unidades de Atención al Derechohabiente Y Comunicación Social y se renivelan las ya existentes Unidades de Auditoria Interna y Jurídica.

Posteriormente, en el ISSSTE se lleva a cabo un esfuerzo de reestructuración y transformación dentro del marco del Programa Nacional de Desarrollo 1995-2000 y del Programa de Modernización de la Administración Publica 1995-2000, evento en el cual se establece como estrategia básica la desconcentración de competencias, responsabilidades y recursos, cuyo fin fue acercar las decisiones públicas a los lugares en los que se generan las necesidades sociales.

Ya con esta estructura, el Instituto se incorpora al nuevo Sistema de Seguridad Social, situación que a decir del maestro Miguel Acosta Romero: con la publicación de esta nueva Ley, tal como lo señala se reorganizó el Sistema de Seguridad Social de los Trabajadores Públicos<sup>2</sup>.

En términos de esta nueva ley se incluyeron en su régimen obligatorio como beneficiarios de los seguros y diversas prestaciones:

---

<sup>2</sup> ACOSTA ROMERO, Miguel, Derecho Administrativo, tercera edición, Editorial Porrúa, México 1998, p.209.

I.- A los trabajadores del servicio civil de las dependencias y de las entidades de la Administración Pública Federal, que por Ley o por Acuerdo del Ejecutivo se Incorporen a su régimen, así como a los profesionistas y a los familiares derechohabientes de ambos.

II.- A los trabajadores de las dependencias y entidades de la Administración Pública en los estados y municipios, en los términos de los convenios que el Instituto celebre de acuerdo con esta Ley y las disposiciones de las legislaturas locales.

III.- A los Diputados y Senadores que durante su mandato constitucional se incorporen individual y voluntariamente al régimen de esta Ley.

IV.- A las agrupaciones o entidades que en virtud del acuerdo de la Junta Directiva se incorporen al régimen de esta Ley.

De esta forma, a 43 años de la creación de este Instituto, actualmente tiene una población que asciende a 10'230,503 derechohabientes<sup>3</sup> comprendiéndose en este rubro a los Servidores Públicos y Pensionistas y de Continuación Voluntaria así como a sus familiares registrados en el sistema de Vigencia de Derechos del mismo, quienes reciben entre otras prestaciones el servicio médico en las unidades de atención con que cuenta el Instituto en toda la República Mexicana.

Actualmente, el Instituto cuenta con treinta y un Delegaciones Estatales y cuatro Regionales en el Distrito Federal, y en cada Delegación existe una Unidad de Atención al Derechohabiente y Comunicación Social.

---

<sup>3</sup> Informe Anual del año 2002 C.G.A.D.H. del ISSSTE.

Por lo que respecta a las Unidades Médicas que se encargan de prestar Servicios Médicos a la población derechohabiente en toda la República Mexicana, se encuentran clasificadas según su capacidad resolutive que va desde un primer hasta tercer nivel de atención o bien, se pueden ubicar como: Puestos Periféricos, Unidades de Medicina Familiar, Clínicas de Medicina Familiar, Clínicas Hospitales, Clínicas de Especialidades, Hospitales Generales, Hospitales Regionales y un Centro Médico Nacional.

No obstante que la estructura del ISSSTE ha tenido notables desarrollos en su crecimiento, hay que destacar que este crecimiento no ha sido proporcional o acorde al crecimiento de la población derechohabiente, viéndose superada la capacidad en la prestación de servicios médicos institucionales.

## **1.2 SEGUROS, PRESTACIONES Y SERVICIOS QUE OTORGA EL INSTITUTO**

El artículo tercero de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado establece con carácter obligatorio a favor del derechohabiente un total de veintiún prestaciones, seguros, de orden económico y cultural y de servicios, no obstante que para este trabajo solo sería necesario analizar el Seguro de Enfermedades y Maternidad, en el entendido que la materia del procedimiento de reembolso versa sobre el presunto incumplimiento en su prestación por parte de las Unidades Médicas del ISSSTE, creo necesario hacer referencia a groso modo a cada una de ellas a efecto de enmarcar perfectamente nuestro tema, por lo que se señalan en el siguiente orden.

### **1.2.1 SEGUROS**

En primer lugar según la fracción primera de los artículos 3 de la Ley del Instituto y 4 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, se ubica al Seguro de Medicina Preventiva,

que de conformidad con los artículos 30 de la misma Ley y 29 del Reglamento en cita, el ISSSTE proporciona este seguro con la finalidad de preservar y mantener la salud de los trabajadores, pensionistas y sus familiares registrados en el Sistema de Vigencia de Derechos del mismo Instituto.

El programa de medicina preventiva según los artículos 31 de la Ley del ISSSTE y 30 del Reglamento de Servicios Médicos comprende; I. El control de enfermedades prevenibles por vacunación, II. El control de enfermedades transmisibles, III. La detección oportuna de enfermedades crónico degenerativas, IV. Educación para la salud, V. Planificación familiar, VI. Atención materno infantil, VII. Salud bucal, VIII. Nutrición, IX. Salud mental, X. Higiene para la salud y XI. Las que determinen con este carácter la Junta Directiva y el Director del ISSSTE.

De acuerdo a la segunda fracción de los artículos tercero de la Ley en cita y 4 del multialudido Reglamento encontramos el Seguro de Enfermedades y Maternidad, que se encuentra regulado en el capítulo II, en cuanto al seguro de enfermedades los artículos 23 de la multi-referida ley y 47 del Reglamento señalan que el trabajador y el pensionista en caso de enfermedad tendrán derecho prestaciones en dinero y en especie, consistente en atención médica de diagnóstico, odontológica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación necesaria hasta por un periodo de cincuenta y dos semanas, o sea un año.

En este mismo seguro se comprende además, a los enfermos ambulantes cuyo padecimiento no les impida trabajar así como a los pensionistas que reciban tratamiento respecto a una misma, enfermedad; la atención medica y los servicios se le brindaran hasta su curación.

En las fracciones segunda del mismo artículo 23 y primera del artículo 47 del Reglamento se señala que los trabajadores tendrán derecho a licencias: primero con goce de sueldo y posteriormente sin goce de sueldo, esta última hasta por un periodo de 52 semanas, en aquellos casos que la enfermedad los incapacite para trabajar.

Por su parte, su artículo 24 concede el derecho a los servicios de salud mencionados con anterioridad: a la esposa del trabajador o pensionista, a falta de ella, a la concubina, siempre y cuando esta última acredite serlo por un periodo mínimo de cinco años, los hijos menores de 18 años y los solteros mayores de esta edad hasta los 25 años siempre que acrediten estar estudiando el nivel medio o superior en planteles oficiales o reconocidos y que no tengan trabajo remunerado, el esposo o concubino y los ascendientes que dependan económicamente del trabajador o pensionista, cabe señalar que el derecho de estos familiares está condicionado a que el trabajador y el pensionista tengan derecho al seguro y a que los familiares no tengan derechos propios a las prestaciones señaladas en el artículo 23 de esa Ley.

Por lo que respecta al seguro de maternidad, este se encuentra regulado por los artículos 28 de la Ley y 50 a 56 del Reglamento, ambos ordenamientos del ISSSTE.

De acuerdo a lo señalado por los artículos 28 fracción I de la ley y 51 del Reglamento de Servicios Médicos, se establece la obligación que tiene el ISSSTE de proporcionar asistencia obstétrica a la mujer trabajadora, a la pensionista, a la esposa del trabajador o del pensionista, a la concubina de uno u otro y hasta la hija soltera menor de 18 años que dependa económicamente de estos, previa comprobación de vigencia de derechos del

trabajador no menor a 6 meses al momento del parto. En este caso el Instituto está comprometido a prestar la atención obstétrica necesaria a partir de que la Unidad Médica certifique el estado de embarazo.

Estos seguros de enfermedades y maternidad de conformidad con los artículos 27 de la Ley del Instituto y 7 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, se deben proporcionar a los derechohabientes y a sus beneficiarios en las Unidades Médicas del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado o bien en Unidades Médicas de entidades Públicas o Privadas contratadas por el ISSSTE, a través del contrato de Subrogación de Servicios Médicos con quienes tuvieren los servicios que se necesiten.

En este orden de ideas, debemos entender que los derechohabientes del ISSSTE y sus beneficiarios deberán acudir en primer lugar, a las Unidades Médicas Institucionales y sólo en los casos en que el Instituto no cuente con la posibilidad de prestar los servicios de salud o aun cuando cuente con estos, y la demanda supere la capacidad de éste, previa autorización del ISSSTE podrá acudir a las Unidades Médicas Extrainstitucionales en caso de requerir alguno de los servicios médicos o para completar la prestación de la atención médica a que está comprometido el ISSSTE con sus beneficiarios.

Es necesario señalar que además de los sujetos que ya se señalaron anteriormente como beneficiarios de estos seguros, también se incorporan los derechohabientes y los familiares de Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio de los seguros aquí mencionados, dicha continuación voluntaria será posible siempre y cuando el solicitante haya cotizado al ISSSTE cuando menos cinco años.

Por otra parte, se señala que quedan excluidos de obtener la prestación de estos seguros y demás prestaciones que refiere la Ley del ISSSTE, a aquellos trabajadores que presten servicios al Instituto a través de una relación contractual sujeta a la legislación común o por honorarios, trabajadores que de conformidad con la fracción tercera del artículo 5 no los reconoce como sujetos de su régimen.

Otro seguro que contempla el artículo 3 en su fracción IV de la ley del ISSSTE es el Seguro por Riesgo de Trabajo, el que de acuerdo a lo que refiere el artículo 33 de esta misma Ley, opera solo a favor de los trabajadores contemplados en el artículo 1 de la propia Ley.

La propia Ley señala que por riesgo de trabajo se entiende a los accidentes o enfermedades a que están expuestos los trabajadores con motivo del trabajo que desempeñan, siempre y cuando el trabajador sufra una lesión orgánica, o perturbación funcional o muerte repentina, incluyendo accidentes que sufra el trabajador al trasladarse directamente de su domicilio al lugar en que desempeñe su trabajo o viceversa.

A través de este Seguro los trabajadores tendrán derecho al diagnóstico, asistencia médica y farmacéutica, servicio de hospitalización, aparatos de prótesis y ortopedia y rehabilitación, licencias con goce de sueldo íntegro, el pago del sueldo básico desde el primer día de incapacidad hasta que se declare la incapacidad, para el caso de que se declare la incapacidad del trabajador se le concederá una pensión y, sólo en caso de fallecimiento, los familiares del trabajador gozarán de una pensión del cien por ciento del sueldo básico.

Por su parte el artículo 37 de la Ley del Instituto refiere cuatro supuestos en los que los accidentes no pueden ser considerados de trabajo; a) cuando se encuentre el trabajador en estado de embriaguez, b) que el trabajador se encuentre bajo el efecto de algún narcótico,

droga, o enervante, salvo que sea por prescripción médica y que se hubiese dado aviso al jefe inmediato c) en caso de que la lesión se haya causado intencionalmente o se haya originado por acuerdo con otra persona y d) en caso de intento de suicidio o riña en la que haya participado el trabajador o por algún delito cometido por éste.

Las fracciones V, VI, VII, VIII, IX y X del artículo tercero de la Ley del ISSSTE, hacen referencia a los siguientes Seguros: de Jubilación, de Retiro por Edad y Tiempo de Servicios, de Invalidez, por Causa de Muerte, de Cesantía en Edad Avanzada e Indemnización Global, este conjunto de seguros a los que tiene derecho el trabajador o los familiares derechohabientes dan lugar a una serie de pensiones atendiendo a su naturaleza. Así de esta forma tal como lo señala el artículo 51 de la aludida Ley, podemos ubicar en primer término a la Pensión por Jubilación, en segundo lugar a la Pensión de Retiro por Edad Avanzada y a su vez, éstas son compatibles con otras sin que sea necesario analizar este punto ya que no constituye en sí mismo el tema materia del presente trabajo.

En ningún caso los derechohabientes beneficiarios del ISSSTE podrán disfrutar de más de una pensión tal como lo señala el artículo 56 de la propia Ley, en el supuesto de que tuvieran derecho a dos tipos de pensiones distintas, el interesado podrá elegir solo una de las que tenga derecho.

La Pensión por Jubilación es un derecho exclusivo de los trabajadores que hayan cotizado al ISSSTE durante 30 años o más, y en el caso de las trabajadoras que hayan hecho lo mismo en un tiempo de 28 años o mas, y cubriéndoles el pago al 100% del sueldo básico, según lo refiere el artículo 60 de la Ley.



De acuerdo al artículo 61, La Pensión de Retiro por Edad y Tiempo de Servicios corresponde a aquellos trabajadores que hayan cumplido 55 años de edad y que tengan cuando menos 15 años de cotización al Instituto y de servicio en un solo empleo.

Por su parte el artículo 67 de la Ley del ISSSTE señala que la Pensión por Invalidez se otorgará a los trabajadores que se inhabiliten física o mentalmente, siempre y cuando sea por causas ajenas a su cargo o empleo, siendo condición indispensable que hayan cotizado al Instituto cuando menos 15 años.

Esta pensión se puede negar al trabajador en caso de que el estado de inhabilitación sea producido a consecuencia de un acto intencional del trabajador u originado por algún delito cometido por el mismo y cuando ésta situación sea anterior al nombramiento del trabajador, de acuerdo a señalado por el artículo 69 esta pensión se suspende cuando el pensionista desempeñe un cargo remunerado que implique la incorporación al régimen de esta Ley

A su vez esta pensión puede revocarse cuando el trabajador recupere su capacidad para el servicio, debiendo ser restituido por la dependencia a la que prestaba sus servicios en el cargo que venia desempeñando.

La Pensión por Causa de Muerte opera aun cuando el trabajador haya fallecido por causas ajenas al trabajo sin importar cual sea su edad, siempre y cuando haya cotizado al ISSSTE por un periodo mínimo de quince años o bien que haya cumplido 60 años de edad y cotizado al Instituto por lo menos 10 años, en caso de ocurrir la muerte de algún pensionado por jubilación, retiro por edad y tiempo de servicios, cesantía en edad avanzada o invalidez dará origen a la pensión por viudez, concubinato, orfandad o ascendencia según corresponda.

La Pensión por Cesantía en Edad Avanzada se otorga al trabajador que se separe voluntariamente del servicio, o bien que quede privado de trabajo remunerado después de los sesenta años de edad y haya cotizado cuando menos 10 años al Instituto, en este caso el pensionista tiene derecho a un máximo de 50% de su salario, de conformidad con lo señalado por el artículo 82 de la Ley de ISSSTE.

El último de los seguros es el de Indemnización Global, éste aplica para aquellos trabajadores que sin tener derecho a cualquiera de las pensiones, se separa definitivamente del servicio; en todo caso el trabajador tendrá derecho a una indemnización global correspondiente al monto total de las cuotas con que hubiere contribuido de acuerdo a las fracciones II a V del artículo 16 de esta Ley, cuando el trabajador tuviera de uno a cuatro años de servicio, si tuviera de cinco a nueve años de servicios tendrá derecho al total de las cuotas que haya enterado en términos de las fracciones citadas anteriormente más 45 días de su último sueldo básico según el artículo 15 de la Ley, por último si el derechohabiente hubiera prestado servicios de diez a catorce años, además de tener derecho al total de las cuotas que hubiera pagado más 90 días de su último sueldo, sólo en caso de fallecimiento del trabajador, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado, de acuerdo a lo señalado en el artículo 87 de la Ley reguladora del ISSSTE.

### **1.2.2. PRESTACIONES ECONOMICAS**

Por lo que respecta a las prestaciones económicas que otorga el ISSSTE a sus trabajadores, estas las podemos ubicar en el artículo 3° en las fracciones XIII; XIV; XV; XVI y XXI de la ley del ISSSTE, en este caso y por tratarse de prestaciones que no tienen relación con el

procedimiento de reembolso, al igual que las anteriores solo haré referencia de ellas de un modo informativo.

El Sistema de Ahorro para el Retiro, aún cuando está marcado por la fracción XXI del artículo en cita, fue adicionado en el capítulo V BIS, en el cual encontramos los artículos 90 bis A al 90 bis W, este Sistema de Ahorro constituye un fondo de ahorro a través del cual las diferentes dependencias están obligadas a enterar al Instituto del importe de las aportaciones correspondientes a este sistema.

La aportación que corre a cargo del trabajador será por el importe equivalente al 2% del sueldo básico de su cotización, en este caso las dependencias y entidades tienen la obligación de cubrir las aportaciones mediante la entrega simultánea de los recursos correspondientes en instituciones de crédito u otras entidades financieras autorizadas por la Comisión Nacional de Ahorro para el Retiro, los depósitos se realizan en cuentas individuales del Sistema de Ahorro para el Retiro abiertas a nombre de los trabajadores, en esta cuenta además se deposita el Fondo de Vivienda lo que constituiría en sí mismas dos subcuentas.

Los créditos depositados en las cuentas individuales causarán interés a una tasa que no será menor del 2% anual pagadero mensualmente, mediante su reinversión.

El saldo de la subcuenta de ahorro para el retiro sólo se podrá retirar de la cuenta individual siempre que por una nueva relación laboral deje de ser sujeto de aseguramiento obligatorio del ISSSTE y que dicho saldo se abone a otra cuenta para el retiro.

En caso de que el trabajador cumpla 65 años de edad o adquiera alguna pensión, tiene derecho a que el la entidad financiera le entregue por cuenta del Instituto los fondos de su

subcuenta sujetándolos a la entidad financiera que el trabajador designe a fin de adquirir una pensión vitalicia o bien que se entreguen al trabajador en una sola exhibición.

En las cuentas individuales, los trabajadores tienen derecho de hacer aportaciones adicionales, ya sea por conducto de la dependencia o entidad financiera.

Al momento de aperturarse la cuenta, el titular de la misma podrá nombrar beneficiarios, conservando el derecho de sustituirlos en cualquier tiempo, para el caso de que el trabajador falleciera la entidad financiera entregará el saldo a los beneficiarios designados por escrito para tal efecto y a falta de beneficiarios la entrega se hará de conformidad con el artículo 501 de la Ley Federal del Trabajo; a la viuda o viudo siempre que haya dependido económicamente del trabajador, los hijos menores de 16 años y mayores si tienen una incapacidad del 50%, los ascendientes (concurrirán con las personas señaladas con anterioridad), siempre que se pruebe que no dependían económicamente, a falta de cónyuge superstite, concurrirá además la concubina que haya vivido cuando menos cinco años con el trabajador, a falta de estas personas el Instituto será el beneficiario.

Estas cuentas son inembargables, con excepción de que se trate de obligaciones alimenticias a cargo del trabajador y solo lo puede hacer la autoridad judicial.

Las fracciones XV y XVI del artículo 3 de la Ley del ISSSTE señalan como prestaciones económicas a los Prestamos a Corto y Mediano Plazos.

Los Prestamos a Corto Plazo se encuentran regulados por los artículos 91 a 96 de esa misma Ley, éstos se otorgan a los trabajadores de base, confianza y temporales, atendiendo

al presupuesto aprobado para este efecto por la Junta Directiva del Instituto, el monto que puede percibir un trabajador a través de este préstamo es de 4 a 6 meses del sueldo básico atendiendo a la antigüedad.

El trabajador tiene derecho a solicitar un nuevo préstamo siempre que haya transcurrido cuando menos una cuarta parte del plazo por el que fue concedido, debiendo pagar además la prima de renovación.

En estos préstamos a corto plazo el Instituto puede favorecer la adquisición sobre bienes y servicios que proporcione directamente, como pueden ser: bienes de consumo básico, turismo social y lotes funerarios.

Los Préstamos a Mediano Plazo encuentran su sustento en los artículos 97 a 99, de la Ley del Instituto y lo pueden solicitar los Trabajadores y pensionistas para adquirir bienes de uso duradero que tengan en venta los centros comerciales y tiendas del ISSSTE e incluso para adquirir bienes muebles, mientras permanezca insoluto este préstamo, el Instituto no podrá conceder otro tipo de préstamo.

El plazo máximo para que se cubra este préstamo al Instituto es de 5 años y la cantidad que se autoriza es de hasta 20 veces el sueldo básico mínimo mensual de los servidores públicos.

Otra prestación económica de la que gozan los derechohabientes del Instituto es la reglamentada en la fracción XIV del artículo 3 es la correspondiente al Crédito para la Vivienda, este apartado se regulará a través de los artículos 100 al 126 bis G; en primer

término, la Ley ordena constituir un fondo de vivienda que permita a los trabajadores obtener crédito barato y suficiente a través de préstamos con garantía hipotecaria o garantía personal, en segundo lugar la ley establece coordinar y financiar el programa de construcción de habitaciones destinadas a ser adquiridas en propiedad por los trabajadores, dichos créditos se otorgan solo una vez.

Los créditos otorgados estarán respaldados por un seguro para los casos de incapacidad o muerte de los trabajadores, a través de dicho seguro se libera al jubilado o al pensionista o a los beneficiarios de las obligaciones derivadas, quedando a cargo del ISSSTE.

En caso de que el trabajador deje de prestar sus servicios en el servicio público sujeto al régimen de la ley del ISSSTE y que hubiere recibido uno de estos créditos, se le dará una prórroga no mayor de 12 meses sin causa de intereses en los pagos de amortización, dicha prórroga se suspenderá por anticipado cuando el trabajador ingrese nuevamente al servicio público.

La última prestación económica que establece la Ley a los trabajadores es la relativa al Arrendamiento y Venta de vivienda, este apartado se encuentra reglamentado por el artículo 3° fracción XIII y regulado por los artículos 127 al 136 de la Ley del ISSSTE, a través de esta prestación, el Instituto debe proporcionar a los trabajadores del Estado sujetos al régimen de su Ley, habitaciones en arrendamiento con opción de venta, en este caso el crédito no podrá ser mayor al 85% del avalúo practicado al inmueble por una institución bancaria, en caso de que el interesado proporcione garantías adicionales, se podrá elevar el crédito.

### **1.2.3. PRESTACIONES CULTURALES**

Con relación a las prestaciones culturales el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en el artículo 3° fracción XIX de su Ley, reglamenta lo correspondiente a Promociones Culturales, de Preparación Técnica, Fomento Deportivo y Recreación, en primer término la Ley hace referencia en sus artículos 137 a 139 a prestaciones de carácter social, que consisten en que el Instituto debe atender las necesidades básicas del trabajador y su familia con servicios que contribuyan al apoyo asistencial y a la protección del poder adquisitivo de sus salarios, a través de la venta de productos básicos y de consumo para el hogar, alimentos económicos, (tiendas y farmacias), además de lo anterior, el ISSSTE debe ofrecer a sus derechohabientes servicios funerarios y alquiler de centros turísticos a precios módicos.

Los artículos 140 y 141 de la multi-aludida Ley hacen referencia a las prestaciones de carácter cultural que proporciona el Instituto, señalando la obligatoriedad de proporcionar servicios culturales a través de programas culturales, recreativos y deportivos que contribuyan a fortalecer la salud mental e integración familiar y social del trabajador.

### **1.2.4. SERVICIOS.**

Por lo que respecta a este apartado, según las fracciones XVII y XVIII del artículo 3° reglamentan a los Servicios Turísticos y Funerarios, servicios que como ya se señaló en el punto que antecede forman parte de las prestaciones sociales que debe proporcionar el Instituto y, que en todo momento, el ISSSTE debe ofrecer a su dererechohabientes a precios módicos.

### **1.3.PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO EN EL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL COMITÉ TECNICO DE QUEJAS MEDICAS**

A lo largo de la historia del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la población derechohabiente ha tenido un crecimiento desproporcionado en relación con el crecimiento de la infraestructura del ISSSTE, lo que ha generado que en algunos casos la atención médica que presta el Instituto sea insuficiente e incluso, de mala calidad propiciando a veces que se les deje de prestar dicha atención, tanto a los derechohabientes como a sus beneficiarios, surgiendo con ello la necesidad de que estos acudan al medio extrainstitucional en busca del servicio médico.

En un principio, cuando el ISSSTE a través de sus Unidades Médicas incumplía en la prestación del Servicio Médico, el reclamo lo hacían los derechohabientes ante la Dirección General de ese Instituto, sin sujetarse a una formalidad o procedimiento debidamente establecido para resarcir al derechohabiente lo reclamado.

Los derechohabientes que no realizaban el reclamo ante la Dirección General, acudían a las vías judiciales a efecto de lograr a través de sus órganos, que el ISSSTE les devolviera las cantidades por ellos erogadas en el medio extrainstitucional, debido al incumplimiento en la prestación del servicio por parte del Instituto.

Ante el aumento de este tipo de reclamos, surge en el ISSSTE la necesidad de crear un órgano cuyo objetivo principal sea el de atender, a través de un procedimiento administrativo



las peticiones de reclamo económico de los derechohabiente derivadas del incumplimiento en la atención médica parte de las Unidades Médicas Institucionales.

De esta forma, nueve años después de que el ISSSTE cobrará vida jurídica, la Junta Directiva de ese Instituto, a través del acuerdo número 1178 de fecha 29 de septiembre de 1969, crea un Cuerpo Colegiado que se llamó COMISIÓN DICTAMINADORA DE QUEJAS MEDICAS, Organo que tenia la tarea de atender las solicitudes de reembolso por concepto de gastos médicos realizados en el ámbito particular, derivados de supuestas deficiencias del Instituto de Seguridad y emitir un proyecto de dictamen para ser enviado a la Junta Directiva del Instituto, quien tenia la obligación de acordar, conceder o negar el pago al solicitante.

No obstante que ya se había instaurado un procedimiento para la atención de estas peticiones formuladas por los derechohabientes, aun no tenia una estructura debidamente formada, por lo que en el año de 1985, la Junta Directiva del ISSSTE, a través del acuerdo número 5.1086/85 aprobó la reestructuración orgánica de los Comités Técnicos de Apoyo, acuerdo en el que determina que el Comité Técnico de Quejas Médicas serviría de apoyo a la Dirección General del ISSSTE, es a partir de este año que el mencionado Comité inicia sus funciones relativas a la atención y dictaminación de las peticiones de reembolso de los derechohabientes, surgiendo de esta manera el primer Organo Colegiado con plena autonomía para atender y resolver las solicitudes de reembolso.

Aún con la determinación aprobada por la Junta Directiva, el Comité que iniciaba funciones de apoyo en la dictaminación de las Solicitudes de los derechohabientes, hacia falta encuadrar dentro de un marco legal la actuación del Comité Técnico de Quejas Médicas,

creándose posteriormente (sin conocerse la fecha exacta), el Reglamento del Comité Técnico de Quejas Médicas, documento que jamás cobro vida jurídica debido a que no fue aprobado por la Junta Directiva del ISSSTE, único Organismo facultado para autorizar la normatividad institucional. Luego entonces, se tenía un ordenamiento que careció de valor jurídico por lo que jamás entró en vigor de conformidad a nuestro Sistema Legislativo, de lo que se puede concluir que en el quehacer cotidiano del Comité Técnico de Quejas Médicas de manera anticonstitucional se aplicó a las solicitudes de reembolso una normatividad carente de vida jurídica.

En virtud de que el Comité necesitaba una especie de guía que le indicara los pasos a seguir en el procedimiento de reembolso, en el año de 1992, el multicitado Reglamento fue transformado en una especie de manual, recibiendo este nuevo documento el nombre de Manual de Procedimientos del Comité Técnico de Quejas Médicas, siendo éste el documento con el que el viejo Comité reguló su actuación. Con dicha herramienta se asentó de manera formal aunque fuera del marco jurídico, el procedimiento de las solicitudes de reembolso que los derechohabientes presentaban ante el Instituto reclamando la devolución por concepto de la prestación de servicios médicos extrainstitucionales.

Este nuevo documento, al igual que el anterior, tampoco fue autorizado por la Junta Directiva ni fue publicado en el Diario Oficial de la Federación, por lo que este manual no tenía el carácter de norma al no encontrarse autorizado por el órgano facultado para ello y por no cumplir con las formalidades esenciales para tal efecto, de lo que se debe entender que la actuación del viejo Comité no se encontraba avalado dentro del marco jurídico institucional resultando contrario a derecho y desde luego inconstitucional la actuación del viejo Comité durante todo el tiempo que aplicó el manual en cita.

Para efectos de entrar en materia respecto el estudio de ésta Tesis es necesario hacer referencia al procedimiento instaurado en el Manual en cita, aún y cuando la aplicación del mismo resultará inconstitucional, para lo cual es indispensable seccionarlo en apartados, y en líneas ulteriores se describe:

El primer apartado titulado "Generalidades", comprende de los artículos 1° al 14°, en ellos se precisaba la materia del Comité Técnico de Quejas Médicas; consistente en que aquel Organismo Colegiado conocía y resolvía Solicitudes de Reembolso y de Indemnización. Las personas que podía presentar la solicitud de reembolso y/o de indemnización, limitando el derecho de tramitación sólo a empleados, pensionados y sus derechohabientes debidamente acreditados ante el ISSSTE, además señalaba que las Comisiones Delegacionales eran meramente órganos de apoyo del Comité, se señalaba que el término para la presentación de la solicitud era de 180 días naturales a partir de la fecha que haya originado el motivo del reembolso e imponía la obligación de devolver a los reclamantes la solicitud en caso de que estuviera incompleta; a ambas solicitudes se les llamaba queja médica.

El segundo apartado llevaba por título "De la Recepción, Control y Substanciación de las Solicitudes de Reembolso" y por subtítulo "Recepción y control", este apartado comprendía del artículo 15° al 22°, se señalaba a cual Unidad Administrativa le correspondía recibir, controlar y substanciar la solicitud de reembolso y/o de indemnización, otorgándole facultades de resolver las mencionadas solicitudes al Comité, a la Comisión o al Departamento de Quejas Médicas, asimismo se imponía a las Unidades de Auditoría o al Departamento de Quejas Médicas, la tarea de verificar que la solicitud de reembolso y/o

indemnización que presentaran los derechohabientes estuviera acorde a los formularios (formato) establecidos por el Instituto y que la misma estuviera completa en sus anexos.

El tercer apartado llevaba por nombre "De la Integración de Expedientes", el cual comprendía de los artículos 23 al 34, en estos preceptos se daban los pasos para la integración del expediente de reembolso desde su registro, la forma en que se debía realizar, asimismo señalaba en qué casos y bajo cuales condiciones se enviarían las solicitudes de reembolso y/o de indemnización al Comité, en este mismo apartado se hacía referencia a aquellas solicitudes que no correspondían a la Unidad de Auditoría receptora, además de todo lo anterior, se autorizó a la Unidad de Auditoría o al Departamento para solicitar información adicional y complementaria indispensable para dictaminar, y fijaba los criterios para que se solicitará a la Unidad o Unidades Médicas involucradas la información necesaria para la substanciación de la solicitud de reembolso.

El cuarto apartado se llamó "De la Función de Análisis y Opinión Médica, ésta parte abarcaba los artículos 35 al 51, en ellos se establecían los pasos a seguir para la elaboración de la opinión médica, de inicio el expediente se pasaba a un grupo de opinión medica para su análisis, refiriendo las funciones de los Servidores Públicos que participaban en esta fase del procedimiento, la opinión medica se encaminaba a señalar si la solicitud de reembolso o de indemnización era o no procedente. Una vez emitida la propuesta de opinión, el grupo que la había emitido se reunía una vez al mes con la finalidad de discutir las opiniones emanadas y, una vez aprobadas las mencionadas opiniones, se ponían a consideración del Comité Técnico de Quejas Médicas para su análisis estudio y determinación, facultando al Comité para que sesionara una vez al mes siempre y cuando no hubiera más de quince expedientes por sesión, en caso contrario debería sesionar las veces

que sean necesarias durante el mes hasta desahogar la totalidad de los expedientes recibidos para dictamen.

El siguiente apartado llamado " De la Función de Integración e Instalación del Comité": esta parte la componían los artículos 52 al 56, en estos numerales se hacía referencia los nombramientos de los miembros que formarían el cuerpo Colegiado, mencionando con precisión que dichos integrantes necesariamente tendrían que ser representantes designados por el Secretario de Salud, Secretario del Trabajo, Secretario General C.E.N. de F.S.T.S.E., Secretario de la Contraloría General de la Federación y el Subdirector General Médico. El cargo de Coordinador del Comité según el artículo 54 estaba conferido al Contralor General del ISSSTE y este a su vez elegía a su Secretario Técnico con aprobación del Director General del Instituto.

El sexto apartado, llevaba por nombre "De la Función de Integración e Instalación de las Comisiones Dictaminadoras de Quejas Médicas" conformado por los artículos 57 a 60, en estos cuatro artículos se imponía al Delegado la obligación de comunicar al Comité los nombres y puestos de los miembros que integrarían la Comisión Dictaminadora de Quejas Médicas de su Delegación, y señalaba además que el Delegado y el Jefe de la Unidad de Auditoría Interna funcionarían como Coordinador y Secretario Técnico de la Comisión, siendo apoyados por el Subdelegado Médico Delegacional.

El séptimo apartado del Manual se titulaba " De la Función de Integración e Instalación del Grupo de Opinión Médico-Jurídica del Departamento de Quejas Médicas", estaba regulado por los artículos 61 a 64, en ellos se señalaba que el Coordinador y el Secretario Técnico del Grupo de Opinión Médico Jurídica, eran el Jefe del Departamento de Quejas Médicas y el

Subjefe del Departamento, quienes estarían apoyados por un representante de la Subdirección General Médica, un licenciado en derecho adscrito a ese Departamento, y cuatro doctores en medicina (Sic.) adscritos al Departamento de Quejas Médicas.

El apartado número ocho, tenía por nombre "Emisión de las Convocatorias" formado por los artículos 65 al 78, en éste se repitió el artículo 68 aunque con diferente contenido; en esencia, se imponía a los Secretarios Técnicos la obligación de elaborar las convocatorias para la sesión del Comité, señalando la manera en que se debía realizar el acta de la sesión, además ordenaba a los Secretarios elaborar la Carpeta de Trabajo para las sesiones del Comité o de la Comisión, de la cual se debía entregar una copia a cada miembro, por lo menos con dos días hábiles de anticipación a la siguiente sesión; según refieren estos artículos, también era obligación de los Secretarios Técnicos poner a la Vista de estos órganos los expedientes que se iban a sesionar, con 5 días de anticipación a la sesión a celebrarse.

Los artículos 76 a 91 formaban el apartado diez del Manual en cita que llevaba por título "De las Sesiones del Comité, de las Comisiones y del Departamento", en estos numerales, se obligaba a los órganos dictaminadores a sesionar cuando menos una vez al mes y en caso de necesidad no había límite para el número de sesiones mensuales, se señalaba que los acuerdos emanados en estos órganos tenían que ser por mayoría de votos, según este apartado en cada sesión el Secretario Técnico daba lectura a los expedientes en el siguiente orden; primero a los procedentes, después a los improcedentes, y por último a los de cumplimiento de acuerdo, leído cada expediente se procedía al debate correspondiente, mismo que era autorizado por el Secretario Técnico, de dicho debate se tomaba un acuerdo para cada caso que se hacía constar en el acta de la sesión además, en esta parte del

Manual se concedía a los integrantes de los órganos a sugerir la inclusión de algún asunto para ser tratado en la sesión subsecuente.

Los artículos 92 a 94 constituían el onceavo apartado que llevaba por nombre "De los Acuerdos del Comité, de las Comisiones y del Departamento" en estos artículos volvía a hacerse referencia a que los acuerdos de los órganos dictaminadores debían ser por mayoría de votos, pero se adicionó que estos acuerdos debían ser solo en dos sentidos procedente total o parcial o improcedente.

El último apartado de este Manual llevaba por título "De los Informes, Archivo y Tiempo de Guarda" y a su vez se dividía en dos subapartados el primero se llamó "De los Informes" y sólo estaba formado por los artículos 95 y 96 básicamente estos dispositivos imponían la obligación de realizar un informe mensual de las solicitudes recibidas, acordadas y resueltas haciéndose referencia la forma en que debía realizarse dicho informe.

Por su parte el segundo subapartado se titulaba "Del Archivo y Tiempo de Guarda" lo formaban los artículos 97 a 101, en estos cinco numerales se ordenaba realizar diversos minutarios para los oficios mismos que se debían de conservar por dos años debiéndose enviar al inicio del tercer año al área administrativa para su baja, además señalaba que tenía que existir un archivo para guarda y custodia de los expedientes en trámite y otro para los expedientes concluidos quedando dichos expedientes bajo la responsabilidad de cada Unidad de Auditoría correspondiente y del Departamento, dichos expedientes según estos numerales se tenían que conservar por un periodo de hasta doce años llegando con ello a su fin el procedimiento instaurado por el Manual de Procedimientos del Comité Técnico de Quejas Médicas.

**CAPITULO 2**  
**DEL PROCEDIMIENTO DE REEMBOLSO**  
**CONTEMPLADO EN EL REGLAMENTO DE 1997**  
**Y LAS REFORMAS DEL 16 DE MAYO DEL AÑO 2000**

2.1 DEL ACTO JURIDICO ADMINISTRATIVO

2.2 DIFERENCIA ENTRE PROCESO Y PROCEDIMIENTO

2.3 CAPITULO I.- DISPOSICIONES GENERALES

2.4 CAPITULO II.- PRESENTACION DE LA SOLICITUD DE REEMBOLSO

2.5 CAPITULO III.- DE LA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE DE REEMBOLSO

2.6 CAPITULO IV.- DE LA SUBSTANCIACIÓN DE LA SOLICITUD

2.7 CAPITULO V.- DE LA RECONSIDERACIÓN

2.8 CAPITULO VI.- DE LA INTEGRACIÓN DEL COMITÉ Y LA COMISIÓN



## 2.1 DEL ACTO ADMINISTRATIVO

Antes de iniciar el análisis del Reglamento para el Trámite de Solicitudes de Reembolso del año 1997, así como de las reformas efectuadas al mismo en el año 2000, resulta necesario en primer término precisar qué se debe entender por acto administrativo, toda vez que los dictámenes recaídos a las solicitudes de reembolso que emite el Comité Técnico de Dictaminación de Solicitudes de reembolso del ISSSTE son actos meramente administrativos, por lo que muy a pesar de que los diversos tratadistas del derecho administrativo aportan un sin número de definiciones tratare mas adelante de dar una definición que sea acorde a los actos que realiza la administración pública en su carácter de autoridad.

En esencia resulta difícil elaborar un concepto universal de lo que es el acto administrativo en el entendido que existen dos ámbitos que debemos tomar en cuenta: el doctrinario y el práctico, tal como lo señala el Maestro Martínez Morales Rafael I.<sup>4</sup>

De inicio que toda función o actividad emanada de la administración pública puede constituir un acto administrativo, actos que por regla general son emitidos de manera unilateral por las dependencias estatales, previa petición que realice un gobernado.

Con la finalidad de ilustrar lo que se debe entender por acto administrativo, a continuación transcribiré cuatro definiciones de diversos tratadistas que cita el maestro Rafael I. Martínez Morales en su obra ya mencionada:

---

<sup>4</sup> MARTÍNEZ MORALES Rafael I., Derecho Administrativo, Primer Curso, segunda edición, Editorial Harla, México 1994, p.216.

- *Para Ricaredo Fernández Velasco, el acto administrativo es: "Toda declaración jurídica unilateral y ejecutiva, en virtud de la cual la administración tiende a crear, reconocer, modificar o extinguir situaciones jurídicas subjetivas".*
- *Eduardo García de Enterría y Tomás Ramón Fernández, definen al acto administrativo como: "La declaración de voluntad, de juicio, de conocimiento o deseo realizada por la administración en ejercicio de una potestad administrativa distinta a la potestad reglamentaria."*
- *El maestro Rafael Bielsa define el acto administrativo como: " Decisión, general o especial, de una autoridad administrativa en ejercicio de sus propias funciones sobre derechos, deberes e intereses de las entidades administrativas o de particulares respecto de ellos."*
- *Por su parte el maestro Manuel M. Díez define al acto administrativo como: "La declaración concreta y unilateral de voluntad de un órgano de la administración activa en ejercicio de la potestad administrativa."*

Como puede observarse de las definiciones citadas, la gran mayoría de los doctrinarios coinciden entre sí, en que el acto administrativo es la expresión de la voluntad de un órgano público que produce consecuencias o efectos jurídicos.

A efecto de iniciar la concepción del acto administrativo, es necesario mencionar sus características fundamentales tal como lo señala el maestro Rafael I. Martínez Morales en su obra "Derecho Administrativo Primer Curso", a saber:

- a) Debe ser un acto jurídico.
- b) Debe ser de derecho público.

- c) Debe emitirlo la administración pública u otro órgano estatal en ejercicio de la función administrativa.
- d) Debe perseguir de manera directa o indirecta, mediata o inmediata el interés público.

Por su parte, el maestro Gabino Fraga<sup>5</sup> señala, “que en virtud de que la actividad administrativa que realiza el Estado es con la finalidad de satisfacer el interés general a través de servicios públicos, dichas actividades se realizan en forma de función administrativa y pueden consistir en la ejecución de actos materiales o actos que determinen situaciones jurídicas para casos individuales; hace uso de diversos criterios para la caracterización de los actos emanados de la administración pública, señalando”.

- *Desde el punto de vista de la naturaleza los actos administrativos se pueden clasificar en dos categorías: “actos materiales y jurídicos, los primeros no producen ningún efecto de derecho y los segundos sí engendran consecuencias jurídicas.*
- *Desde el punto de vista de las voluntades que intervienen en la formación del acto, los actos administrativos se dividen en: “actos constituidos por una voluntad única y actos formados por el concurso de varias voluntades, el primero lo constituye la voluntad de un solo individuo, por lo que respecta al segundo, este se puede clasificar a su vez en “acto colegial”, “acto complejo o colectivo” y el acto unión”; en el primero de estos, señala el maestro que es el que emana de un órgano único de la administración pública constituido por varios miembros, el segundo es el que se forma por el concurso de voluntades de varios órganos de la administración pública, y el tercero constituye otra categoría de actos que se define por la intervención de varias voluntades en las cuales su finalidad no es idéntica como en los colectivos ni su efecto es el de dar nacimiento a*

---

<sup>5</sup> FRAGA, Gabino, Derecho Administrativo, 41 edición, , Editorial Porrúa, México 2001, Pags 230 a 232.

*una situación jurídica individual como es el caso de los contratos que en esencia son actos jurídicos, pero que por sus características no pueden ser considerados como actos administrativos.”*

De esta forma se puede observar en las distintas definiciones citadas que para que un acto sea considerado como administrativo, debe emanar necesariamente de un órgano administrativo competente en pleno ejercicio de la función administrativa. Es importante no confundir la competencia del órgano con las facultades que tienen los servidores públicos, ya que éstas solamente son aptitudes que tienen estos últimos por ley para ejercer la competencia del órgano, que en todo momento tendrá el carácter de autoridad.

Al hablar de la competencia del órgano administrativo para la emisión del acto administrativo, debe estar siempre ajustada a la ley, por lo cual todo órgano que funja como autoridad esta obligado a observar el principio de legalidad que reza de la siguiente manera: *“El particular puede hacer todo aquello que la ley no le prohíba, por su parte la administración pública o autoridad solamente puede hacer aquello que la ley le permita expresamente”*, esto es que la actuación de la autoridad debe limitarse exclusivamente a lo expresamente ordenado por la ley, sin que se justifique de manera alguna cualquier acto que no este señalado por la ley.

Con base en el análisis realizado en este apartado, concluyo definiendo el acto administrativo como ***“La exteriorización unilateral de la voluntad de cualquier órgano de la administración pública a nombre del Estado de manera imperativa y cuya finalidad: es crear, modificar o extinguir situaciones jurídicas que afecten la esfera de los particulares”***

## 2.2. DIFERENCIA ENTRE PROCESO Y PROCEDIMIENTO

Para poder establecer la diferencia que existe entre proceso y procedimiento, es necesario citar las definiciones que da el maestro Rafael de Pina en su Diccionario de Derecho página 392:

El maestro de Pina describe al procedimiento como " Conjunto de formalidades o trámites a que está sujeta la realización de los actos jurídicos civiles procesales, administrativos y legislativos", continúa señalando nuestro tratadista, " La palabra procedimiento referida a las formalidades procesales es sinónima de enjuiciamiento, como la de proceso lo es a la de juicio", además refiere: "El procedimiento constituye una garantía de la buena administración de la justicia. Las violaciones a las leyes del procedimiento pueden ser reclamadas en la vía del amparo".

Por lo que respecta al proceso, el ilustre maestro lo razona como: "Conjunto de actos regulados por la ley y realizados con la finalidad de alcanzar la aplicación judicial del derecho objetivo y la satisfacción consiguiente del interés legalmente tutelado en el caso concreto, mediante una decisión del juez competente"

Sustancialmente, de estas explicaciones proporcionadas por nuestro autor puedo señalar, que el procedimiento lo constituyen los pasos o medidas cuyo fin es producir o ejecutar un acto jurídico; por lo que respecta al proceso, debe entenderse como la secuencia de actos llevados a cabo por un órgano jurisdiccional que funge de manera imparcial, cuya finalidad es la de resolver alguna controversia entre las partes que participan en él, dicha autoridad es totalmente independiente a éstas.

De igual forma, por lo que respecta a la materia administrativa, también podemos encontrar diferencia entre lo que es el proceso y procedimiento administrativos, al respecto el celebre jurista Rafael I. Martínez<sup>6</sup> explica lo que es proceso y procedimiento administrativos narrándolos de la siguiente forma:

*“Un proceso puede calificarse de administrativo, cuando concurren cualquiera de las dos circunstancias siguientes: que una de las partes en la controversia sea la administración pública o que el que resuelve la controversia sea un órgano de la propia administración pública (Tribunales administrativos u órganos jurisdiccionales del poder ejecutivo- juntas de conciliación y arbitraje por ejemplo-), además señala que doctrinariamente la expresión proceso es aquel que se sigue ante los tribunales contencioso administrativo y en los que sea parte la administración pública.*

Por lo que respecta al procedimiento administrativo señala que *“Es una serie coordinada de medidas tendientes a producir y ejecutar un acto administrativo”.*

Abundando un poco más con relación de lo que es el procedimiento administrativo, partiendo de la definición que nos da nuestro ilustre jurista, puedo señalar que son una serie de pasos o actos que revisten determinadas formalidades, encaminados a la emisión de un acto de tipo administrativo; dichos actos son considerados como los medios para guiar la decisión del órgano emisor constituyendo al tiempo, una garantía de que la resolución dictada por el órgano estatal en su carácter de autoridad fue en apego a estricto derecho y no de un modo arbitrario<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> MARTÍNEZ MORALES Rafael I. Derecho Administrativo 1 y 2 cursos, segunda edición, Editorial Harla, México 1994, p 258

<sup>7</sup> FRAGA, Gabino, Derecho administrativo, 41 edición, Editorial Porrúa, México 2001, P. 255.

Así de esta forma puedo señalar que todo proceso de administrativo para que conserve un orden y ofrezca al gobernado la garantía de que la resolución no fue arbitraria es necesario que se cumpla con los diez pasos tal como lo señala el Maestro Narciso Sánchez Gómez<sup>8</sup> consistentes en " I.- Planeación, II.- Organización, III.- Dirección, IV- Control, V.- Administración de Personal, VI.- Coordinación, VII.- Información, VIII.- Presupuesto, IX Investigación y X.- Prognosis

Si bien es cierto, como lo confirman nuestros autores el procedimiento administrativo constituye la garantía de que una resolución no fue emitida de un modo arbitrario, también resulta cierto que existen procedimientos que son totalmente oscuros, que aún y cuando se encuentran normados presentan serias lagunas jurídicas para su debida interpretación, tanto por los gobernados como para la autoridad, además de que en sí mismos no constituyen un procedimiento lógico – jurídico, como lo es el procedimiento de reembolso que se encuentra normado en el Reglamento para el Trámite de Solicitudes de Reembolso por la Prestación de Servicios Médicos Extrainstitucionales, tal como se señalará en el punto que a continuación presentaré y que constituye la parte medular de la presente tesis.

Con la finalidad de presentar un análisis mas preciso de lo que es el Reglamento para el Trámite de Dictaminación de Solicitudes de Reembolso, cuyo contenido norma lo que es el procedimiento de solicitudes de reembolso que presentan los derechohabientes ante el ISSSTE, es necesario realizar un estudio del ordenamiento en cita en dos partes: en la primera, me referiré al ordenamiento tal y como fue autorizado por la Junta Directiva de este Instituto a través del acuerdo N° 16.1226.97, publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 28 de abril de 1997 y en la segunda parte, haré un análisis de las reformas, adiciones

---

<sup>8</sup> SÁNCHEZ GÓMEZ Narciso, Primer Curso de Derecho Administrativo, Editorial Porrúa, México 1998, p 79

y derogaciones practicada al cuerpo legal de referencia autorizadas por la ya mencionada Junta Directiva del ISSSTE a través del acuerdo N° 30.1258.2000, publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 16 de mayo del año dos mil.

Esta retrospectiva es necesaria para presentar a nuestros lectores un panorama más ilustrativo de lo que es en la actualidad el procedimiento de reembolso, por lo que procedo a entrar al estudio del ordenamiento que tuvo vida jurídica por espacio de dos años y un mes aproximadamente y cuya vigencia prevaleció hasta el 16 de mayo del año 2000. Dicho estudio se realizará citando el número y título del capítulo en análisis, haciendo los comentarios necesarios a cada artículo,; el ordenamiento en cuestión está formado por seis capítulos que contienen en su totalidad 34 artículos que se describen a continuación:

### **2.3 CAPITULO I.- DISPOSICIONES GENERALES** (artículos 1 al 4)

El artículo 1 de este reglamento señala literalmente que *“El presente ordenamiento tiene por objeto regular; la recepción, substanciación y dictaminación de solicitudes de reembolso de los gastos erogados por los derechohabientes o sus familiares en servicios médicos extrainstitucionales, así como los que provengan de las recomendaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos y las resoluciones de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, con motivo de la negativa, deficiencia o imposibilidad en la prestación de servicios médicos por las Unidades Médicas del Instituto”*.

Como puede observarse en la transcripción del precepto en cita, se señala que el objeto del ordenamiento lo es la “recepción, substanciación y dictaminación de solicitudes de reembolso”, limitando este objeto al “gasto erogado” únicamente por los derechohabientes o



sus familiares en servicios médicos extrainstitucionales, en esencia resulta mal empleado el término erogado, toda vez que etimológicamente esta palabra significa "*ocasionar u originar*"<sup>9</sup>, en este entendido seguramente no se podría hablar de gastos ocasionados u originados por los derechohabientes o ..., más bien, considero que el espíritu o la idea que se quiso dar a este precepto es la de "*regular los gastos realizados por los derechohabientes o sus familiares*", objeto que como manifesté se encuentra limitado exclusivamente a los gastos efectuados por los derechohabientes o sus familiares, circunstancia que limita la esfera del derechohabiente o los familiares para realizar el reclamo del reembolso, toda vez que en la práctica, en múltiples ocasiones los gastos médicos extrainstitucionales son cubiertos por personas ajenas a los derechohabientes o sus familiares, e incluso por personas morales, situación que no debe interesar al Comité Técnico de Dictaminación de Solicitudes de Reembolso, dado que resultaría suficiente que el solicitante de reembolso acredite que el gasto reclamado fue realizado por la atención brindada a un derechohabiente del ISSSTE o bien a uno o algunos de los familiares registrados como derechohabientes.

Esta situación se presume grave en el sentido de que en la practica se han presentado varios casos en los que, por desconocimiento de la normatividad, por parte del derechohabiente o sus familiares, las facturas que acompañan a la solicitud de reembolso para reclamar del ISSSTE el reintegro de los gastos que con motivo de la atención médica extrainstitucional realizaron, se encuentran expedidas a persona distinta a cualquiera de éstas. En un principio, algunas solicitudes fueron declaradas como IMPROCEDENTES bajo el argumento de que los gastos no los habían realizado el derechohabiente o sus familiares, dejando con ello a los solicitantes de reembolso en estado de indefensión, toda vez que de conformidad con el Reglamento: no existe una causal adecuada para declarar la

---

<sup>9</sup> Diccionario de la Lengua Española, Editorial Océano

improcedencia de estos casos (dicho criterio fue respaldado por la Subdirección de lo Consultivo del ISSSTE).

Actualmente el Comité, con fundamento en lo señalado por el dispositivo N° 9 de este ordenamiento, requiere a los promoventes que soliciten la reexpedición de las facturas a su nombre, situación que analizaremos en su momento.

Volviendo al artículo que se está analizando, muy a pesar de que el dispositivo legal señala que las: "*solicitudes que provengan de las recomendaciones de la Comisión nacional de Derechos Humanos y las resoluciones de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico*";, no obstante que en la práctica estos Organos no han emitido recomendación o resolución en el sentido de ordenar al Comité o al ISSSTE que reciban una solicitud de reembolso y la substancien conforme al Reglamento en cita, resultaría contrario a derecho, que un órgano de este tipo ordene al Comité o incluso al ISSSTE que reciba y substancie una solicitud de reembolso por el hecho de que, de acuerdo a las facultades que les fueron conferidas solamente los limita a orientar al usuario de sus servicios para que acuda al ISSSTE a presentar su solicitud de reembolso en los términos de la normatividad vigente y aplicable a estas.

Continúa señalando el precepto en cita, que la presentación de las solicitudes serán: "*...con motivo de la negativa, deficiencia o imposibilidad de la prestación de servicios médicos por las unidades médicas*", de esto se observa que el presente artículo prevé que existen tres causales para que una solicitud pueda ser sujeta al ordenamiento de referencia, siempre que los hechos provengan de una negativa, una deficiencia o una imposibilidad en unidades médicas institucionales, como puede apreciarse en esta parte del artículo en análisis, da por

hecho que las causales ya se encuentran acreditadas, cuestión que se traduce en una aberración de carácter jurídico, en el entendido de que estas hipótesis se encuentran sujetas a la comprobación de estos hechos ante el Comité por parte del derechohabiente encontrándonos en este supuesto ante meras presunciones que quedan acreditadas o desacreditadas hasta el momento en que el Comité emite el dictamen correspondiente, y no desde que el derechohabiente presenta la solicitud inicial como se entendería de la simple lectura del numeral que se analiza en este momento.

En líneas anteriores hice referencia a que el Comité declaró la improcedencia de algunas solicitudes de reembolso bajo el siguiente razonamiento "debido a que de las facturas se desprendería que los gastos no habían sido realizados por los derechohabientes o sus familiares", de igual forma hice referencia a que este precepto alude a tres causales, que en la practica son consideradas como de procedencia o de improcedencia de una solicitud de reembolso, esto es, que en caso de que se compruebe que existió negativa y/o deficiencia y/o imposibilidad, traería como resultado la procedencia de una solicitud de reembolso, o bien en sentido contrario, la no acreditación de cuando al menos una de estas arrojaría la improcedencia de la solicitud planteada.

En el caso de las solicitudes que en su momento fueron declaradas improcedentes al no haber acreditado que los gastos hayan sido cubiertos por los derechohabientes o sus familiares, tal como lo señalé con anterioridad dejándose a los interesados en completo estado de indefensión dado que no ha existido ni existe en el reglamento que se analiza precepto legal alguno que contenga una hipótesis aplicable a estos casos, para declarar la improcedencia estas peticiones de reembolso como se hizo, circunstancia que resulta inclusive violatoria de garantías.

Por otro lado, la redacción del artículo 1 en la práctica, ha generado una problemática muy relevante en el ámbito institucional con los derechohabientes. El Comité durante muchos años ha dejado de pagar un sin número de solicitudes de reembolso en las que los reclamantes solicitan la devolución de los gastos realizados exclusivamente por medicamentos, materiales de curación o prótesis, casos en que la asistencia médica la han recibido en unidades médicas institucionales, en estos casos el comité declara como improcedentes nuevamente estas peticiones, violando su propia normatividad bajo el argumento de que "son gastos que debieron haberse cubierto en la delegación o unidad médica de origen por la vía de la subrogación...".

Para ejemplificar esta anomalía debo señalar que en estos casos es claro que el derechohabiente está recibiendo la atención médica en alguna Unidad Médica del ISSSTE, más sin embargo, por cualquier causa en ese momento el ISSSTE no tiene la forma de brindar el servicio médico completo al derechohabiente, ya sea por que no hay abasto de medicamentos o por que "x" o "y" aparato para la práctica de estudios no sirven, en este caso el derechohabiente continúa con su atención en el ISSSTE, comprándose los medicamentos o se realizándose los estudios fuera del ISSSTE, ya que como lo manifesté, el Instituto no se encontraba en condiciones de otorgar el servicio médico completo. Aún y cuando queda claro que existe una imposibilidad de la unidad prestadora de servicio, el Comité ha determinado declarar improcedente la petición del derechohabiente bajo el razonamiento de que se trata de servicios que debieron ser subrogados; no obstante que declara improcedentes estas peticiones, todavía más fuera de la norma se declara INCOMPETENTE para resolver el reclamo, y más aún hace al derechohabiente la sugerencia para que realice su petición ante la Delegación Estatal o Regional que corresponda, para que a través de la

subrogación se realice el pago al reclamante, sin estar esto contemplado en las atribuciones conferidas al mencionado Cuerpo Colegiado.

El anterior criterio ha generado un problema mas grave aún, ya que el derechohabiente atendiendo a la sugerencia del Comité acude a su Delegación de origen, sin que a la fecha esta medida lo haya beneficiado por el hecho de que el multi-mencionado Comité, normativamente, no tiene atribuciones para hacer este tipo de sugerencias tal como se observará en el apartado correspondiente, esta medida colocaría a las unidades administrativas y médicas a realizar una subrogación fuera de tiempo y contraria a la norma, que en caso de que se hiciera se estaría ante una subrogación practicada de manera irregular e incluso viciada.

Este problema se agrava mas todavía, cuando el incumplimiento en la prestación del servicio médico proviene de una unidad médica ajena al Instituto y que es considerada como de tipo subrogada, el Comité, bajo el argumento de que el reglamento no lo obliga a resolver subrogaciones, se declara incompetente y ordena se turnen a la Delegación que corresponda para que por conducto de su área jurídica determinen y realicen el pago a favor del derechohabiente, además que realicen el reclamo a la unidad subrogada que haya incumplido en la prestación del servicio al derechohabiente de este Instituto en la vía que corresponda, excediendo nuevamente sus atribuciones y dejando nuevamente a los derechohabientes en estado de indefensión, ya que ninguna Unidad Juridica del ISSSTE está facultada para determinar montos a cubrir, además de que normativamente las Unidades Jurídicas no dependen del Comité de Reembolsos.

En estos casos, considero que el Comité de reembolso, injustificadamente pasa por alto el hecho de que de una u otra forma cuando el reclamo versa sobre medicamentos, estudios, prótesis o bien servicios prestados por unidades subrogadas, se actualiza la causal de procedencia por imposibilidad, deficiencia o incluso hasta la negativa previstas en este artículo, ya que de conformidad con el artículo 3 de la Ley del ISSSTE los servicios de salud los debe prestar este Instituto en carácter obligatorio ya sea en sus Unidades Médicas o a través de unidades ajenas previo contrato de subrogación tal como lo señala el Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, de lo que se desprende que el órgano dictaminador incurre en un equívoco al declarar improcedentes estas solicitudes o al declararse incompetente, considerando que el tiempo para subrogar ya pasó y que además el derechohabiente ya ha desembolsado cualquier cantidad de dinero en beneficio de su salud derivado de un incumplimiento por unidades médicas bajo jurisdicción del ISSSTE o subrogadas.

Jurídicamente es claro que una subrogación no podría realizarse una vez que un derechohabiente ya realizó un gasto fuera del ISSSTE, ya que técnicamente la subrogación opera antes de que el derechohabiente realice cualquier gasto, en este caso los costos los absorbe directamente el ISSSTE durante la prestación del servicio médico en unidades médicas ajenas y que en caso de incumplimiento de estas unidades subrogadas, el responsable directamente ante el derechohabiente y su paciente lo sería Instituto de Seguridad Social, por lo que resulta erróneo por parte del Comité dejar de atender estas peticiones argumentando que el artículo 1 no les permite analizarlas por ser unidades ajenas responsables del incumplimiento.

El criterio utilizado por el Comité de Reembolsos, nace de otra interpretación que la Subdirección de lo consultivo dependiente de la Subdirección General Jurídica ha hecho del artículo 1, manifestando según la opinión del cuerpo consultor que el Reglamento regula reembolsos por servicios médicos extrainstitucionales con motivo de la negativa, deficiencia o imposibilidad en la prestación de servicios médicos por las Unidades Médicas del Instituto y que los medicamentos, los estudios y las prótesis no son servicios médicos, sino, mas bien son solo una parte del servicio médico y como en estos casos no se reclama el servicio médico completo no puede ser atendido por reembolso, además de que las unidades subrogadas son ajenas al ISSSTE criterios que desde mi particular punto de vista son contrarios a la ciencia jurídica, debido a la falta de claridad de ese primer artículo.

El artículo 2 literalmente señala: *"El presente ordenamiento será de observancia obligatoria para los derechohabientes y sus familiares que soliciten el reembolso por la prestación de servicios médicos extrainstitucionales, así como para los servidores públicos que integren el Comité Técnico de Dictaminación de Solicitudes de Reembolso, la Comisión Dictaminadora Delegacional de Solicitudes de Reembolso y las Unidades médicas del Instituto"*.

Como puede apreciarse de esta cita textual el artículo impone a los peticionarios de reembolso ya sean derechohabientes o familiares y a los órganos encargados de resolver las solicitudes de reembolso la obligación de observar el ordenamiento, mas sin embargo, dicho texto resulta incompleto en la practica por el hecho de que el precepto en cita omite hacer mención a los representantes de los solicitantes, a las Unidades de Atención al Derechohabiente y Comunicación Social y al Subcomité Técnico de Dictaminación de Solicitudes de Reembolso.

No pueden pasar desapercibidas estas tres figuras en el dispositivo legal debido a que los representantes de los solicitantes pueden participar directamente en el procedimiento actuando en nombre de su representado, por lo que respecta a las Unidades de Atención al Derechohabiente y Comunicación Social delegacionales, desempeñan el papel de unidades receptoras del escrito inicial de reembolso, documentaciones complementarias, además integran los expedientes de reembolso e incluso notifican las resoluciones a los derechohabientes a través de los estrados, el Subcomité Técnico de Dictaminación de Solicitudes de Reembolso, es un órgano de apoyo del Comité Técnico de Dictaminación de Solicitudes de Reembolso, que si bien es cierto, dicho Subcomité es autorizado por el Comité, también es cierto que tiene una gran participación en el procedimiento de reembolso.

El Subcomité cumple tareas como la de solicitar directamente información complementaria a los petitionarios de reembolso, y realizar los proyectos de dictamen para que el Comité emita el dictamen final; como puede verse estas tres figuras tienen participación directa dentro del procedimiento de reembolso, por lo que se hace necesaria su inclusión al numeral que se analiza.

Por su parte el artículo 3 señala: *"para los efectos de este Reglamento se entiende por:*

- I. *Instituto.- al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado:*
- II. *Ley.- a la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado:*



- III. *Reglamento.- al Reglamento para el Trámite de Solicitudes de Reembolso por la Prestación de Servicios Médicos Extrainstitucionales:*
- IV. *Comisión.- a la Comisión Dictaminadora Delegacional de Solicitudes de Reembolso:*
- V. *Comité.- al Comité Técnico de Dictaminación de Solicitudes de Reembolso:*
- VI. *Reembolso.- al reintegro de la cantidad pagada en dinero por los derechohabientes o sus familiares por la prestación de Servicios Médicos Extrainstitucionales:*
- VII. *Urgencia.- al daño intempestivo a la salud del derechohabiente que pone en peligro su vida:*
- VIII. *Servicios Médicos.- a la prestación de servicios de medicina preventiva, enfermedades y maternidad; así como de rehabilitación Física y Mental:*
- IX. *Derechohabiente.- a los servidores públicos, jubilados y pensionistas y sus familiares que se encuentren sujetos al régimen de la ley:*
- X. *Solicitante.- al derechohabiente o familiar que cuenten con capacidad legal para formular la solicitud de reembolso o la reconsideración del importe mismo, o bien, la persona legalmente autorizada para ello;*
- XI. *Paciente.- a los servidores públicos, jubilados y pensionistas o sus familiares derechohabientes que ocurran a las Unidades Médicas del Instituto en procuración de atención médica;*
- XII. *Unidad.- a la Unidad de Atención al Derechohabiente;*
- XIII. *Unidad Médica.- al Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", Hospitales Regionales y Generales, Clínicas-Hospital, Clínicas de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar y Puesto Periférico del Instituto, involucrados en la Solicitud de reembolso;*
- XIV. *Contraloría.- a la Contraloría General del Instituto y*
- XV. *Coordinación.- a la Coordinación General de Atención al Derechohabiente.*

Este artículo presenta serias deficiencias en su contenido, por una parte omite hacer referencia a un buen número de definiciones que normalmente se utilizan en el procedimiento de reembolso y de igual forma, en algunas definiciones que si hace referencia, éstas resultan inexactas fuera de la realidad jurídica.

Por lo que respecta a las definiciones que se omitieron en este numeral, hace falta señalar qué se debe entender por: Deficiencia, Imposibilidad, Negativa de Atención, pues considero que se debe brindar una ilustración tanto a los peticionarios de reembolso como a las autoridades que resuelvan la misma con la finalidad de que tengan un mejor panorama al momento de dictaminar dicha solicitud; en caso contrario se podría asegurar que la autoridad resolvería los casos partiendo una idea que pudiera resultar incierta por no estar debidamente soportada y fundamentada en la norma, considerando que, dichas definiciones deben ser lo bastante elástica a efecto de que se tenga una base suficientemente clara en cada caso que se resuelve.

Hace falta además la inclusión del término Subcomité, órgano que como ya señalé con anterioridad, es de mero apoyo para las funciones del Comité, y que es creado bajo la autorización de este cuerpo colegiado, y que dentro del procedimiento de reembolso tiene una participación directa con los derechohabientes, por lo que no puede ni debe considerarse ajeno al procedimiento.

Por lo que hace a las definiciones que cita este numeral, que resultan inexactas en su aplicación son: la señalada en la fracción VI que define al reembolso como *“el reintegro de la cantidad pagada en dinero por los derechohabientes o sus familiares por la prestación de servicios médicos extrainstitucionales”* al igual que como lo señalé al analizar el artículo 1

esta definición limita el derecho de los peticionarios de reembolso a reclamar únicamente en el supuesto de que los gastos los haya realizado el derechohabiente o sus familiares, al Comité debería importarle a favor de quien se prestó la atención objeto del reclamo en el reembolso.

Por su parte la fracción VII define a la urgencia médica como "*al daño intempestivo a la salud del derechohabiente que pone en peligro su vida*", considero que esta definición debería estar acorde a la definición que nos brinda el artículo 67 en su fracción IV del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, ya que dicho texto ofrece una definición más amplia y acorde a la realidad médica y que citaré en la propuesta del proyecto de reglamento en el apartado correspondiente.

La fracción IX de este tercer artículo señala, que por derechohabiente debe entenderse "*a los servidores públicos, jubilados y pensionistas y sus familiares que se encuentran sujetos al régimen de la Ley*". Por lo que respecta al contenido de este texto, se puede observar que engloba en un solo concepto los derechohabientes directos como son los servidores públicos, los jubilados y los pensionistas y a los familiares beneficiarios de éstos, en este sentido y para efectos del procedimiento resulta necesario distinguir entre derechohabiente con derechos propios ante el Instituto (trabajador en activo, jubilado y pensionista) y beneficiario quien es el familiar o los familiares del derechohabiente y que tienen un derecho accesorio derivado del derecho principal que le asiste a los que en realidad son los derechohabientes, creo que en esencia solo se trata de utilizar los vocablos correctos para cada caso.

En la fracción X cita el término solicitante como: el *“derechohabiente o familiar que cuente con capacidad legal para formular una solicitud de reembolso o la reconsideración del importe del mismo, o bien, la persona legalmente autorizada para ello”*, en este contexto resultaría mas adecuado el uso de la palabra “promovente”

La fracción XII refiere que por *“Unidad”* se debe entender *“Unidad de Atención al Derechohabiente”*, término que resulta erróneo debido a que la denominación correcta de esta es Unidad de Atención al Derechohabiente y Comunicación Social, considero que en caso de no señalarse el nombre completo se podría confundir con las coordinaciones de atención al derechohabiente que dependen directamente de los Hospitales Generales y Regionales del ISSSTE y que estas coordinaciones no tienen ninguna participación en el procedimiento de reembolso, por su parte las Unidades de Atención al Derechohabiente y Comunicación Social dependen directamente de las Delegaciones Estatales y Regionales del ISSSTE y desempeñan un papel muy importante en el procedimiento de reembolso.

La fracción XIV señalaba que por *“Contraloría”* se debe entender a la *“Contraloría General del Instituto”* término que se encuentra en desuso, debido a que el nombre de este órgano cambio y dicha modificación ya fue considerada en la reforma del año dos mil como se señalará en el apartado correspondiente.

La fracción XV hace referencia al término *“Coordinación”* y señala que debe entenderse como *“Coordinación General de Atención al Derechohabiente”*, actualmente existe la necesidad de modificar dicho vocablo debido a que de acuerdo a la reforma practicada al artículo 54 bis del Estatuto Orgánico del ISSSTE el 31 de julio del año 2002, la Coordinación General pasó a formar parte de la Subdirección General Jurídica del ISSSTE,

transformándose en una Subdirección de Area, rango que se ubica por debajo de la Subdirección General y que, en su momento, fue equivalente a esta ultima cuando era Coordinación General y en la practica sigue atendiendo todo lo relacionado a los reembolsos y reconsideraciones.

Lo único que se logró con esta reforma fue que, las atribuciones, presupuestos que correspondían a la Coordinación fueron conferidas a la General Jurídica, haciéndose con ello necesaria la inclusión de estos términos en el artículo correspondiente y en consecuencia mas largo el trámite de reembolso.

Por su parte, el artículo 4 del ordenamiento legal que se analiza señala textualmente: *“ las notificaciones que se realicen al derechohabiente o, en su caso, al solicitante se harán por correo certificado con acuse de recibo; en caso de devolución, se notificarán por estrados en las oficinas de la Unidad que corresponda”*, como puede apreciarse en la transcripción de este precepto, limita la forma de notificar a los derechohabiente solo en dos tipos distintos consistentes en el correo certificado y los estrados de la Unidad que corresponda, en este dispositivo se pasa por alto otras formas de notificar que son permitidas por la ley y que de alguna forma resulta necesario incluirlas para que la autoridad tenga mayores opciones de notificar a los interesados sus resoluciones y acuerdos dentro del marco jurídico y a su vez, estos puedan incluso recibirlas en el menor tiempo posible, pues el único método que hasta hoy autoriza este articulo es muy lento, poco eficiente retardando la entrega de la notificación al interesado.

## 2.4 CAPITULO II.- DE LA PRESENTACION DE LA SOLICITUD DE REEMBOLSO

(artículos 5 al 14)

El artículo 5 de este reglamento señala que: *“El trámite para el reembolso de gastos médicos, principiará con la presentación de la solicitud respectiva, la que deberá ser formulada por escrito, empleando los formatos que para tal efecto establezca el Instituto y será firmada por el derechohabiente, o por el solicitante y sin este requisito se tendrá por no presentada, a menos que no sepa o no pueda firmar, caso en el que imprimirá su huella digital y firmara otra persona a su ruego”*.

En esta cita se puede observar que se impone al derechohabiente la obligación de presentar su solicitud de reembolso únicamente empleando los formatos establecidos por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado existiendo una salvedad como lo veremos en el artículo que a continuación se analizará.

Debiera de ser irrelevante que la solicitud de reembolso se presente obligatoriamente en los formatos que establece el Instituto, debido a que considero que los derechohabientes tienen el derecho a presentar su escrito de solicitud de reembolso en cualquier escrito siempre y cuando se cumpla con los requisitos de procedibilidad que establece la norma de reembolso, en este tenor, en la práctica, la redacción de este numeral ha generado conflicto en el sentido de que aún y cuando se cumpla con los requisitos de procedibilidad que establece este artículo, así como el 6 de este ordenamiento, debido a que al momento de analizar si el escrito cumple con los requisitos que establece la norma, bajo el argumento que no hay carencia de formatos de reembolso, se solicita al derechohabiente que subsane su solicitud llenando el formato establecido por el Instituto, requerimiento que resulta inútil desde el

punto de vista jurídico, toda vez que es más importante que se analice sí los requisitos de procedibilidad están o no completos y no por cosas que debieran ser intrascendentes, generándose con ello un retraso extraordinario en la dictaminación de las solicitudes de reembolso que incluso en la mayoría de las veces supera el año y medio para recibir la resolución definitiva en esta instancia.

Por su parte el artículo 6 del ordenamiento en cita señala *"En caso de que no estén disponibles los formatos a que se refiere el artículo anterior, la Solicitud se presentará por escrito y deberá contener los datos siguientes*

- I. Nombre y domicilio del derechohabiente, del solicitante y del paciente, en caso de ser personas distintas;*
- II. Unidad Médica de adscripción del paciente;*
- III. Dependencia o entidad en que presta sus servicios el derechohabiente;*
- IV. Registro Federal del Contribuyentes del derechohabiente;*
- V. Unidad Médica involucrada;*
- VI. Nombre, Domicilio, Numero de cédula profesional del médico e institución donde se prestaron los servicios médicos extrainstitucionales;*
- VII. Importe total de la cantidad solicitada en reembolso, y*
- VIII. Relación sucinta de los hechos y circunstancias motivo de la solicitud".*

Este dispositivo legal, refuerza aún más la obligación de que los derechohabientes presenten su solicitud de reembolso en los formatos establecidos por el Instituto, propone a su vez como salvedad el que no estén disponibles, señalando además que lo podrán hacer por escrito y que contengan los datos de las fracciones I a la VIII, resultando una verdadera

aberración debido a que el procedimiento de reembolso por su naturaleza es un procedimiento eminentemente escrito y que de ninguna manera operaría verbalmente.

Con relación al contenido de las fracciones I a VIII, considero que los requisitos de procedibilidad resultan exagerados e incluso inadecuados, haciendo más burocrático el procedimiento ya que impone al solicitante la obligación de cumplir con una serie de requisitos que resultan innecesarios e inútiles desde una perspectiva meramente jurídica.

En este sentido considero que únicamente se encuentran justificados los requisitos que señalan las fracciones V, VII y VIII, toda vez que con el dato que aporte en derechohabiente al cumplir la fracción V se puede identificar con precisión la Unidad Médica involucrada, y con ello acelerar la integración del expediente de reembolso por parte de la Unidad de Atención al Derechohabiente y Comunicación Social Delegacional, con el contenido de la fracción VII se fija la competencia para que ya sea el Comité o la Comisión dictaminen la solicitud de reembolso como se vera en su momento al analizar el artículo 19 y, por lo que respecta al requisito contenido en la fracción VIII el derechohabiente allegará de elementos al Comité para una mejor valoración de su petición de reembolso al momento de dictaminar, ya que los argumentos en si mismos constituyen la parte medular y mas importante de dicha solicitud.

Los datos que requiere este numeral en las fracciones II, III, IV, y VI resultan innecesarios para iniciar el trámite de la solicitud de reembolso debido a que la Unidad Médica de adscripción del paciente no es un dato medular al momento de la presentación de la solicitud de reembolso, es más importante que se señale el nombre de la Unidad Médica involucrada en el incumplimiento del servicio médico y que la mayoría de las veces puede ser distinta a la



Clínica de adscripción, de lo que se traduce que este dato no es importante incluso para la emisión del dictamen mismo, a menos que la unidad médica de adscripción este involucrada en dicho incumplimiento.

Por lo que hace a la Dependencia o Entidad en que presta sus Servicios el Derechohabiente, tampoco es importante al momento de la presentación de la solicitud, ya que no aportaría información relevante para la integración de la solicitud y esta cuestión resultaría secundaria en el procedimiento de reembolso, además que se puede ubicar al momento de la revisión de los documentos que debe aportar el derechohabiente en términos del artículo 8 de este ordenamiento.

El Registro Federal de Contribuyentes de igual forma no aporta ningún dato trascendental para la presentación de la solicitud ni mucho menos para la dictaminación de la misma e incluso sería un problema para los derechohabientes por que muchos de ellos no lo tienen o no lo recuerdan traduciéndose en una carga innecesaria para el derechohabiente y sin ningún fin justificable.

Los datos contenidos en la fracción VI acerca del Nombre, domicilio, numero de cédula profesional del médico e institución donde se prestaron los servicios médicos extrainstitucionales al igual que los anteriores resultan innecesarios y gravosos para el derechohabiente ya que dichos datos se podrán obtener en el análisis que se practique al momento de dictaminar con los documentos que aporte en términos del mismo artículo 8.

Por lo que respecta a los datos que hace referencia en la fracción I, no se encuentran del todo justificados para la presentación de la solicitud de reembolso, más bien considero que

debiera modificarse su contenido, ya que si es importante tener el nombre y domicilio del derechohabiente por que a través de el se determinaría si la solicitud fue presentada en la Unidad que le corresponde de acuerdo a su domicilio, y en el caso de monto menor determinar que la solicitud fue resuelta por la Comisión Dictaminadora Delegacional de Solicitudes de Reembolso que le corresponda en razón de su domicilio, y que encuadre en la circunscripción territorial de la comisión que la haya dictaminado, a esta fracción se debe adicional el domicilio que señale para oír y recibir notificaciones ya que puede ser distinto del domicilio del derechohabiente, e incluso del de las personas que autoriza para recibir las en su nombre, si las hubiera, y por supuesto el nombre del paciente dato que sí es necesario para identificar si el presunto incumplimiento fue en contra del derechohabiente o de alguno de sus beneficiarios o inclusive para el momento de analizar las constancias determinar si el paciente (beneficiario) tiene derecho al servicios médico del ISSSTE. La edad del paciente no es un dato necesario como requisito de presentación ya que esta se podrá acreditar con el resumen médico extrainstitucional que presente el derechohabiente y que en sí mismo formaría parte del análisis de fondo de la solicitud y no del análisis de forma como hasta hoy se ha venido haciendo, y que en su momento pueden causar perjuicio al derechohabiente, aplicando en estricto sentido la normatividad de reembolso como se vera a continuación considero que es necesaria la reducción de estos datos.

Por su parte, el artículo 7 de este ordenamiento, señala textualmente lo siguiente: *"cuando a la solicitud de reembolso faltase o fuera omitido alguno o varios de los datos a que se refiere el artículo anterior, la Comisión o el Comité requerirá al solicitante, a fin de que en un término de 10 días naturales contados a partir del día en que se le notifique, cumpla con los requisitos omitidos. En caso de no cumplimentarse el requerimiento dentro del término establecido, la solicitud se tendrá por no presentada"*.

En esencia este numeral impone, tanto al Comité como a las diversas Comisiones del interior de la República, a requerir al derechohabiente para que subsane su solicitud de reembolso en caso de que haya omitido señalar cualquiera de los datos que señala el artículo 6 ya analizado y que de alguna forma resultan engorrosos e innecesarios como lo señalé en su momento

Además puede observarse, en este precepto legal que en caso de requerir algún dato al derechohabiente, se le debe conceder un término de 10 días naturales para que subsane su solicitud, dichos días según el dispositivo legal se computaban en días naturales a partir del momento que el derechohabiente haya recibido su notificación, en la práctica el contenido de este dispositivo generó muchos problemas en el entendido de que el Comité y las Comisiones al momento de computar los términos, hacían caso omiso a las reglas generales de los términos consagradas en nuestros Códigos Procesales en el sentido de que, cuando los términos se computan en días naturales y si un término vence en un día inhábil, dicho término se deberá recorrer al día siguiente hábil, cuestión que los órganos dictaminadores no tomaron jamás en consideración, sólo lo hacían en caso de que algún juez federal en sentencia de amparo lo ordenara, dicha actitud de los órganos dictaminadores de reembolso causó verdaderos problemas legales pues se veían obligados a acudir a la instancia federal en busca de amparo.

Esta circunstancia fue analizada en el ISSSTE, y es a partir de la entrada en vigor de las reformas del 16 de mayo del año 2000 que este precepto sufre una reforma con la finalidad de no seguir afectando los intereses de los reclamantes de reembolso por los términos que concluían en días inhábiles, para que a partir de ese momento concluyan en días hábiles.

Asimismo, este precepto señala que el término se debe computar desde el momento en que el derechohabiente haya recibido la notificación respectiva, al igual que la situación anterior y por la falta de claridad en su redacción, normalmente los cuerpos colegiados incluyen en los cómputos respectivos el día aquel en que él o los interesados recibieron la notificación, criterio que desde mi particular punto de vista es erróneo ya que el Comité considera como un día transcurrido aquel en el que recibió el documento sin importar si fue por la mañana, tarde o noche con lo que se les dejaba en completo estado de indefensión a los derechohabientes, ya que si el ordenamiento concedía 10 días naturales, no resulta correcto que se tome en cuenta el día de la recepción ya que naturalmente este no podría contarse como un día por el hecho de que probablemente la notificación había sido recibida por la tarde o noche, por deducción lógica, el primer día debiera contarse al día siguiente ya que así lo señalan nuestras reglas generales de los términos consagradas en las leyes procesales que nuestros procedimientos en el derecho positivo mexicano.

Por su parte el artículo 8 del ordenamiento que en este acto se estudia, refiere: "*A las solicitudes de reembolso se acompañaran los siguientes documentos:*

- I. Credencial del derechohabiente expedida por el área de afiliación y vigencia del Instituto;*
- II. Credencial vigente del derechohabiente, expedida por la dependencia o entidad en que preste sus servicios que lo acredite como servidor público;*
- III. Original del talón de cheque o comprobante del sueldo del derechohabiente, expedido por la dependencia respectiva, correspondiente a la fecha en que ocurrieron los hechos motivo de la solicitud;*
- IV. Resumen médico suscrito por el facultativo particular que haya atendido al paciente;*

- V. *Documentos originales que comprueben la cantidad cuyo reembolso se solicita, mismo que deben reunir los requisitos fiscales;*
- VI. *Documento que contenga la autorización del derechohabiente, para que en su nombre o representación, un familiar o persona distinta presente la solicitud de reembolso, y*
- VII. *Cualquier otro documento que sustente los hechos y circunstancias que motiven la solicitud.*

Tal como lo señala el precepto legal que aquí se transcribe, el derechohabiente tiene la obligación de acompañar a su solicitud de reembolso los documentos que señala este dispositivo en cita, como se podrá apreciar al igual que los datos a que refiere el artículo 6 de este ordenamiento y que en su momento se analizó, los documentos que señala este artículo resultan muy numerosos e incluso algunos de ellos injustificados.

De esta forma las fracciones I, II y III hacen referencia documentos por los cuales el derechohabiente debe acreditar estar inscrito en el sistema de vigencia de derechos y que es servidor público, además de que se encontraba cotizando al Instituto en la fecha de los hechos; considero que basta con que se solicite al derechohabiente que aporte el talón de pago correspondiente a la fecha en que ocurrieron los hechos motivo de la erogación, con esto quedaría acreditado que el derechohabiente tiene derecho a los servicios médicos institucionales resultando tedioso para los derechohabiente conseguir una credencial del ISSSTE que hace ya varios años en el ISSSTE no existe, asimismo anexar su credencial de empleo ya que se trata de un documento personalismo del trabajador; ahora bien, cualquier derechohabiente que reclame del Instituto de Seguridad un reembolso, cuenta con el talón de pago acreditando que es servidor público además que en la fecha de los hechos se

encontraba cotizando al ISSSTE ya que como lo refiere el artículo 21 del Reglamento de Afiliación y Vigencia de Derechos y Cobranza del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en el sentido de que *“el derecho a los seguros, servicios y prestaciones que la Ley establece, se inicia con la designación legal o nombramiento del trabajador en la dependencia...”* situación suficiente para que el derechohabiente principal acredite su derecho a reclamar el reembolso ante el ISSSTE sin necesidad de presentar tantos documentos que solo constituyen una carga para el derechohabiente.

Respecto a los documentos que refieren las fracciones IV y V, considero que sí se encuentran justificados, más sin embargo sería necesario que se ampliaran en su redacción ya que ambos deben incluir una serie de requisitos que si son indispensables para el momento que el Comité o las Comisiones vayan a dictaminar alguna solicitud de reembolso los que mencionare en otro apartado.

Por lo que respecta a la fracción VI, si bien no se define de manera particular algún tipo de documento, considero que esta fracción daría lugar a que el promovente presente todos aquellos que el derechohabiente pudiera presentar para una mejor valoración pudiéndose considerar en esta fracción: los estudios de laboratorio, de gabinete o incluso el histopatológico, que de alguna manera no pueden ser considerados como obligatorios por el hecho de que no siempre se les practican a los pacientes por no ser necesarios de acuerdo al tipo de patología que haya presentado, en algunas ocasiones se les llegan a practicar unos u otros, por ello no se pueden señalar como obligatorios.

Por otro lado atendiendo al contenido de la fracción VI, considero que no puede señalarse como un documento necesario, por el simple hecho de que no siempre los derechohabientes

actúan a través de representante considero que 90% solicitan el reembolso a nombre propio motivo por el cual no se les puede hacer exigible un documento que autorice a persona distinta a actuar en su nombre o representación, creo que la personalidad se debe prever en un apartado distinto y no en este apartado que en caso de no cumplir con cual quiera de los documentos referidos en este numeral trae consecuencias desfavorables en perjuicio del derechohabiente.

Por su parte el artículo 9 de este ordenamiento y que es complementario del anterior señala textualmente lo siguiente: *“Cuando a la solicitud de reembolso no se acompañen los documentos a que se refiere el artículo anterior, la Comisión o el Comité requerirá a la persona que haya presentado la solicitud, en los términos del presente Reglamento, a fin de que en un término de 10 días naturales, contados a partir del día en que se le notifique, exhiba los documentos omitidos. En caso de no cumplimentarse el requerimiento dentro del término establecido, se desechará la solicitud presentada”.*

El contenido de este precepto concede al derechohabiente la oportunidad de subsanar la solicitud de reembolso respecto a los documentos que se deben acompañar a la solicitud y que por cualquier causa el derechohabiente no los acompañó, existiendo en todo momento la obligación del cuerpo colegiado que corresponda, de requerir a los solicitantes omisos, para que presenten los documentos que no acompañaron a su solicitud cuando presentaron la referida solicitud.

Como se puede observar en este precepto, se hace referencia al sentido que debe darse a la solicitud de reembolso del petitionerario omiso en caso de que no atienda este nuevo

requerimiento dentro del término concedido por el mismo, dicho plazo de igual forma se computaba en días naturales.

Por lo que respecta a este plazo al igual que todos los que contemplaba el anterior reglamento, se contabilizaba en días naturales, haciéndose correr dicho término de forma errónea incluyéndose en el computo el día en que el derechohabiente había recibido el oficio de notificación y al igual que el artículo 7 este numeral fue reformado únicamente para el efecto de que los días que se cuenten en hábiles.

El artículo 10 del citado reglamento señalaba: *“La presentación de las solicitudes de reembolso deberá hacerse en un término máximo de 180 días naturales, contados a partir de la fecha en que ocurran los hechos motivo de la erogación. Cualquier solicitud que se promueva una vez transcurrido el término concedido para tal efecto, se tendrá por no presentada.*

*En tratándose de la prestación de servicios médicos extrainstitucionales de urgencia, el término correrá a partir del momento en que cese el estado de urgencia”.*

De acuerdo a esta disposición, el derechohabiente tenía 180 días naturales para presentar la solicitud de reembolso, dicho término iniciaba a partir de la fecha en que hubieran ocurrido los hechos que motivaron la erogación, surgiendo con esto la interrogante ¿cuáles son estos hechos precisamente?, al no estar claramente definido en este numeral, el evento que daría lugar al tiempo en que el derechohabiente debía presentar su reclamo ante la Unidad de Atención al Derechohabiente y Comunicación Social Delegacional, cuando la atención recibida en el ámbito extrainstitucional no fue a consecuencia de una urgencia médica,



generándose con ello un verdadero problema en la tramitación de las solicitudes de reembolso al momento en que son dictaminadas por el Comité o la Comisión correspondiente.

Desde la entrada en vigor del reglamento que aquí se analiza, la Subdirección de lo Consultivo dependiente de la Subdirección General Jurídica emitió una opinión al respecto para facilitar el trabajo al Comité acerca de lo que es la fecha de hechos, señalando que “es precisamente aquella en la que presuntamente tuvo lugar una de las tres causales señaladas en el artículo 1 de este ordenamiento”; criterio, que resulta incorrecto ya que del mismo se desprende que el término de 180 días naturales debieran de empezar a correr a partir del evento en que se hubiera presentado una negativa, deficiencia o imposibilidad por parte del Instituto.

Para tener una mejor visión a este respecto, es necesario hacer referencia a lo que debemos entender por reembolso, según la fracción VI del artículo 3 del presente ordenamiento. se hace referencia a que es *“al reintegro de la cantidad pagada en dinero por los derechohabientes o sus familiares por la prestación de servicios médicos extrainstitucionales”*, partiendo de esta definición que nos da el propio reglamento, no se podría señalar como fecha de hechos la que señala el cuerpo consultor, o sea la que corresponda al momento en que se presenta una negativa, deficiencia o una imposibilidad, criterio que se encuentra fuera de toda lógica-jurídica, e incluso contraria a la definición que nos aporta el propio reglamento por el hecho de que en el momento en que presuntamente se presenta alguna de las causales el derechohabiente no ha realizado ningún desembolso fuera del ISSSTE, e incluso en la mayoría de las ocasiones los derechohabientes o sus familiares acuden al medio extrainstitucional después de pasados los 180 días en que se

presentó la presunta causal, por tanto, el derechohabiente no se encontraba en posibilidades de reclamar al Instituto de Seguridad se le reintegrara lo que aún no había gastado, generándole un detrimento al derechohabiente; situación que pasa por alto la opinión vertida por el cuerpo consultivo cuya función radica en dar asesoría al Comité, en este sentido resulta necesario que se precise con claridad el momento que se debe tomar en cuenta para que el derechohabiente presente su solicitud de REEMBOLSO, acorde a la realidad jurídica.

Pasando a otro punto, el artículo 11 del reglamento en cita reza de la siguiente manera: *“Las solicitudes de reembolso deberán presentarse ante la Unidad que corresponda de acuerdo con el último domicilio que el derechohabiente haya registrado al Instituto”*

Este dispositivo impone la obligación de presentar exclusivamente en la Unidad de Atención al Derechohabiente y Comunicación Social la solicitud de reembolso, atendiendo al último domicilio que el derechohabiente tenga registrado ante el ISSSTE; tomando en cuenta que el ISSSTE tiene una Unidad en cada Estado de la República Mexicana, excepto en el Distrito Federal que cuenta con cuatro Unidades, los derechohabientes atendiendo al mandato que impone este artículo deben presentar su solicitud de Reembolso en la Unidad que corresponda al Estado de la República en que residan o radiquen, siempre que corresponda al último domicilio que tenga registrado en el Instituto.

En este contexto se ha generado un problema a raíz de que el Comité aplica de manera estricta este precepto, en relación con el 5 de este mismo reglamento que como ya señale refiere que el trámite de reembolso inicia con la presentación de la solicitud.... Cuando un derechohabiente, atendiendo a la ubicación geográfica de su domicilio, por cuestiones de distancia y de transporte para trasladarse a la Unidad que le corresponde en su Estado, por

razones practicas de distancia y hasta económicas, presenta su solicitud en otra Unidad localizada en algún Estado vecino y posteriormente la Unidad receptora la canaliza a la Unidad que corresponda: De forma errónea el Comité al momento de realizar el computo para determinar si se presentó dentro de los días que concede el ordenamiento, no toma en cuenta la fecha en que se recibió inicialmente, sólo toma en cuenta la fecha en que la solicitud haya sido recibida en la Unidad en que se debió haber presentado. Este criterio, mal empleado por el Comité ha ocasionado en la practica el desfasamiento de un sinnúmero de solicitudes de reembolso al grado de que se declaran NO PRESENTADAS (de manera injusta), si bien es cierto que el derechohabiente presentó su solicitud en una Unidad distinta a la de su domicilio, también resulta cierto que la Unidad que lo recibió es parte del mismo Instituto y que por ende debieran tomar en cuenta la fecha en la que se recibió inicialmente, sin importar cuanto tiempo después se haya recibido en la Unidad que originalmente le correspondía, de lo que se desprende que esta disposición se encuentra apartada de las reglas generales que establecen nuestros códigos procesales.

Por su parte el artículo 12 cita literalmente lo siguiente: *“En casos de urgencia médica, la solicitud de reembolso podrá presentarse en la Unidad que corresponda al lugar de ubicación de la Unidad Médica en donde se hay presentado dicha urgencia, la que deberá remitir la solicitud en un plazo que no exceda de 15 días naturales, a la Unidad que corresponda al último domicilio que el derechohabiente haya registrado ante el Instituto”.*

Como puede verse este precepto otorga al solicitante de reembolso el derecho a que presente la solicitud en Unidad distinta a la de su domicilio, siempre y cuando la atención recibida en el medio extrainstitucional tenga el carácter de urgente y que la Unidad receptora se encuentre en la entidad en que se recibió la atención extrainstitucional, debiendo a su vez

esta Unidad remitirla a la unidad que corresponda en un término de 15 días naturales, solo de esta forma al momento de determinar si fue presentada en tiempo o no, se toma en cuenta la fecha en que se recibió la mencionada solicitud inicialmente.

Por lo que respecta al término que se le concede a la Unidad que recibió la solicitud de reembolso, para enviar la solicitud de reembolso a la unidad que corresponda al domicilio del derechohabiente, este artículo concedía un término excesivo para la remisión, considerando que la Unidad que recibe en primera instancia la solicitud su única labor es la de enviarla a la Unidad que le corresponda, ya que en el dispositivo que se cita no impone la obligación de que integre el expediente de reembolso.

Por su parte el artículo 13 refiere: *“Las solicitudes que sean presentadas por conducto o ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos o la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se sujetarán al procedimiento, plazos y substanciación que establezcan las leyes respectivas y demás disposiciones aplicables. Cuando el Instituto acepte la conciliación o recomendación de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, o bien la conciliación o el laudo del procedimiento conciliatorio ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, el Instituto se limitará a determinar en cantidad líquida el monto correspondiente y procederá a ordenar su pago”*.

Aún y cuando este precepto tenía relación directa con el artículo 1 del presente ordenamiento, es de señalarse que no es necesario su análisis debido a que fue derogado en la publicación del 16 de mayo del año 2000, solo se cita para un mejor panorama de lo que era el reglamento.

Al artículo 14, que actualmente esta vigente, literalmente señala *“En tratándose de las solicitudes de reembolso que formulen los derechohabientes que laboren en el Servicio*

*Exterior Mexicano, se dictaminarán en el seno del Comité, conforme a los convenios celebrados por el Instituto y la Secretaría de Relaciones Exteriores”.*

La redacción que contiene este artículo en la practica parece una falacia, debido a que como lo señala el precepto estas solicitudes se resolverán conforme a los convenios, en la practica además de que se toma en cuenta el convenio celebrado entre estas dos entidades de la administración pública, existen las llamadas *“Medidas Operativas”* que aplicadas en conjunto con el Convenio no permiten al Comité dictaminar las solicitud de reembolso que plantean los servidores dependientes de la Servicio Exterior Mexicano, pues solo lo limita a aprobar las cantidades que solicita, tal como se puede ver en el primer párrafo del punto número 7 de las Medidas que textualmente señala lo siguiente *“Los gastos no pagados por la aseguradora, como el deducible, el coaseguro y otros no considerados en la póliza son reembolsados por el ISSSTE a los miembros del SEM, con base en un convenio establecido entre el propio ISSSTE y la SRE”.*

Por su parte el Convenio firmado por estas instituciones el día 8 de octubre de 1980 señala lo siguiente:

Cláusula Décima.- *“El ISSSTE sufragará los gastos que originen los servicios medicos asistenciales y de maternidad, hasta por la cantidad máxima de 20,000 dólares de estados unidos de america por cada enfermedad o atención obstetrica, de acuerdo con las condiciones que se estipulan en las cláusulas siguientes.*

Decimatercera.- *Durante el tratamiento Médico de un padecimiento que requiera de hospitalización, el ISSSTE sufragará el costo de la consulta médica diaria, hasta por un máximo de 180 visitas cuando se requiera durante la hospitalización el uso de instalaciones*

de terapia intensiva , el ISSSTE cubrirá el costo de las visitas médicas que se otorguen en esta área.

Decimoquinta.- Durante la permanencia del paciente en el hospital, a solicitud del médico tratante el ISSSTE cubrirá el costo del servicio de uno o dos médicos especialistas consultantes, por una sola vez.

Decimosexta.- El ISSSTE sufragará íntegramente el costo de la totalidad de los servicios auxiliares de diagnóstico requeridos por el médico tratante o el consultante en un caso de hospitalización, siempre y cuando estos servicios auxiliares estén directamente relacionados con una enfermedad o padecimiento y no sean motivados por un examen físico de salud.

Como puede verse estos preceptos imponen al ISSSTE de manera directa la obligatoriedad de cubrir los gastos derivados de la atención médica en el extranjero, atención médica que propiamente en la práctica el Comité no valora al momento de avalar la procedencia de alguna de estas solicitudes, considero que estas solicitudes de reembolso las debiera atender la Subdirección General Médica del ISSSTE, que es donde se liberan los presupuestos para el pago de reembolsos y que de alguna forma si el convenio impone al ISSSTE la obligación de reembolsar las cantidades solicitadas sin que medie ningún dictamen, lo conducente sería que el ISSSTE lo pagara directamente previo cumplimiento de las formalidades que se deberían establecer en el propio convenio.

## **2.5 CAPITULO III.- DE LA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE DE REEMBOLSO**

(artículos 15 al 17)

el artículo 15 señala *“El expediente de reembolso se integrará con los documentos siguientes:*

- I. *Solicitud de reembolso y documentos anexos a la misma;*
- II. *Informe médico, objetivo e imparcial, firmado por el Director de la Unidad Médica, respecto de cada uno de los hechos y circunstancias motivo de la solicitud;*
- III. *Copia fotostática legible del expediente clínico del paciente y*
- IV. *Cualquier otro documento que se relacione con los hechos motivo de la solicitud*

Esto resulta poco adecuado, debido a que en lugar de señalarse los documentos deben integrar el expediente, por razones lógicas se debería hacer referencia a la integración del expediente mediante apartados, tal como se hace en la práctica, señalando cuales documentos deben integrar cada apartado, facilitando con esto la integración del expediente administrativo de reembolso y su manejo homogéneo a nivel nacional. Actualmente el expediente se maneja en tres apartados, pero no existe una regla genérica de cómo deben integrarse estos, generando confusión y demora para los órganos dictaminadores al no haber un orden establecido en la integración del mismo.

En todas la Unidades de Atención al Derechohabiente y Comunicación Social de la República Mexicana, en el expediente de reembolso se incluyen tres apartados, que denominados A; B y C, existe aparentemente un criterio que no todas las Unidades lo aplican al momento de integrar cada apartado.

Actualmente, en el apartado A se debe integrar la solicitud de reembolso y los documento anexos que el derechohabiente acompañe a su solicitud, en el apartado B se integra el expediente clínico del ISSSTE y en el apartado C, se agregan todos los documentos que se generan con motivo del dictamen, aunque este criterio pareciera de alguna forma el

correcto, en la practica muchas Unidades integran de forma distinta la documentación al no haber un postulado que indique la forma de integración

Debo hacer notar que los documentos que refiere este numeral en sus fracciones I a III resultan adecuados e incluso necesarios para la dictaminación de la solicitud de reembolso, aunque faltaría señalar en la fracción I: *“así como los documentos con los que acredite su dicho”*, por lo que respecta a lo señalado por la fracción IV, su contenido puede traducirse en una imprecisión, toda vez que el derechohabiente al presentar su solicitud de reembolso, ya debió haber presentado todos los documentos que se relacionen con su petición, y la Unidad Médica involucrada ya debió enviar el expediente clínico y todas las constancias que tengan relación con los hechos, por lo que considero que el contenido de esta fracción se encuentra implícito en las fracciones I a III.

Continuando con el artículo 16 de este ordenamiento: *“La Unidad requerirá a la Unidad Médica los documentos que refieren las fracciones II, III y IV del artículo anterior, los que deberán ser proporcionados dentro del plazo que no exceda de 15 días naturales, contados a partir de que se le notifique el requerimiento.*

*En caso de que la Unidad Médica no los remita dentro del término concedido, se enviará la solicitud y los documentos que hubiese acompañado el solicitante a la Comisión o al Comité, según corresponda, para su dictaminación comunicándole este hecho a Contraloría”.*

Este dispositivo impone a las Unidades de Atención al Derechohabiente la obligación de integrar el expediente administrativo de reembolso, en el entendido que deberán requerir a la Unidad Médica involucrada la información relacionada con los hechos bajo los términos normados por el artículo anterior.



Por lo que respecta al término de quince días concedido a las Unidades Médicas involucradas para proporcionar la información solicitada, considero que se trata de un plazo excesivo que atenta contra los tiempos que tienen los órganos colegiados para dictaminar las solicitudes de reembolso.

El artículo 17 de este mismo ordenamiento refiere que: *“La Unidad remitirá el expediente de reembolso o en su caso, los documentos con que cuente para dictaminar a la Comisión o al Comité según sea el caso, dentro del término de 20 días naturales contados a partir de la fecha de recepción de la solicitud”*.

Como puede apreciarse en la transcripción de este precepto la Unidad contaba con un plazo de 20 días naturales para integrar el expediente administrativo de reembolso, debiendo en este término enviarlo al órgano que fuera competente en razón del monto que señalaba el artículo 19 que mas adelante veremos, este período concedido a la Unidad resultaba excesivo ya que este trabajo en la practica se puede elaborar en menor tiempo.

## **2.6 CAPITULO IV.- DE LA SUBSTANCIACION DE LA SOLICITUD (artículos 18 a 22)**

El primer artículo de este capítulo señalaba literalmente: art. 18 *“La dictaminación de la solicitud corresponderá a la Comisión cuando el Monto de la solicitud no rebase el importe de 100 veces el Salario Mínimo General diario vigente en el Distrito Federal; cuando la solicitud exceda de dicho importe, corresponderá al Comité su Dictaminación, de acuerdo con las pruebas e informes aportados por los derechohabientes, por las Unidades Médicas involucradas y los terceros relacionados.*

*Independientemente de lo anterior, el Comité podrá dictaminar la solicitud de reembolso, cuando a su juicio resulte conveniente”.*

El contenido de este artículo hacía referencia a la competencia entre las Comisiones y el Comité atendiendo a la cuantía reclamada por el derechohabiente, misma que al resultar imparcial para los órganos, en cuanto a los casos que resuelve el Comité Central y las 35 Comisiones Delegacionales, fue aumentada en la reforma del año 2000.

En el segundo párrafo de este precepto se hace mención a la facultad de atracción para que el Comité dictamine montos menores que originalmente le corresponden a las Comisiones, hace falta precisar una mejor redacción para que esta facultad concedida al Comité opere de manera correcta, ya que en la actual no señala por que motivos puede el Comité atraer un caso.

En este mismo apartado el artículo 19 establecía: *“La Comisión o el Comité dictaminará con los elementos que le haya proporcionado la Unidad en un término de 90 días naturales contados a partir de la fecha de presentación de la solicitud de reembolso respectiva ante la mencionada Unidad.*

*En caso de que por complejidad del asunto presentado, se requiera información adicional o bien la opinión de especialistas en la materia, el plazo para la dictaminación y notificación correspondientes será de 180 días naturales.*

*En el supuesto de que no se dictamine y notifique en los términos señalados en los párrafos anteriores, se considerará que la solicitud ha sido procedente. En este caso, el Instituto se limitará a determinar en cantidad líquida el monto del reembolso y ordenará su pago”.*

Este artículo presentaba el mismo problema para calcular los términos por el hecho de que se debían computar en días naturales, sólo que lo relevante fue que concedía al Comité y a las Comisiones la facultad discrecional y excepcional de ampliar el plazo hasta el doble de tiempo, siempre y cuando existiera alguna complejidad en el caso, más sin embargo, en la práctica este mandato fue pasado por alto ya que por costumbre esta facultad "discrecional" fue invocada de manera injustificada, por el solo hecho de pedir cualquier documento atendiendo a la carga de trabajo del área responsable de los reembolsos, luego entonces contrario a la norma, todos los casos se dictaminaban en el plazo más amplio, con le único fin de evitar que un buen número de solicitudes se ajustarán a la hipótesis que preveía el último párrafo de este artículo.

No obstante que el Comité de manera dolosa e injustificada ampliaba los términos para dictaminar y resolver las solicitudes de reembolso, el contenido del último párrafo de este artículo causó un daño patrimonial extraordinario al ISSSTE, por ende, problemas legales económicos y administrativos a un sinnúmero de servidores públicos que tenían contacto directo con la recepción y substanciación de la solicitud de reembolso, debido a que su falta de cuidado u omisión en el envío de las solicitudes y documentos en los tiempos señalados, generaba el desfasamiento en la dictaminación e incluso en la notificación, configurándose la figura procesal de la afirmativa ficta, la que fue modificada en la reforma del año 2000.

Por su parte el artículo 20 señala: *"La Comisión o el Comité valorará los documentos que obren en el expediente de reembolso y elaborará el dictamen, dentro de los plazos señalados en el artículo 19 del presente Reglamento, de manera fundada y motivada, debiendo contener lo siguiente:*

- I. *Nombre y domicilio del solicitante, derechohabiente y paciente, en caso de que sean personas distintas; así como edad del paciente; monto solicitado; Dependencia o Entidad donde presta sus servicios el derechohabiente; Número de expediente de reembolso y número y fecha de la sesión del dictamen;*
- II. *La narración de los hechos que conforman los antecedentes del caso, así como una relación de los documentos que obren en el expediente;*
- III. *Los razonamientos médico-jurídicos aplicables al caso concreto, resultado de la valoración de los documentos que obren en el expediente; y*
- IV. *Las conclusiones concretas que se deducen de las consideraciones médico-jurídicas”*

El contenido de este artículo lo hace ver innecesario, por que constitucionalmente en toda respuesta que dé la autoridad subsiste la obligación de que vaya fundada y motivada, en esencia este debería ser su contenido, más sin embargo, impone al órgano dictaminador la obligación de que el dictamen reúna una serie de requisitos que no hace otra función más que imponer una carga innecesaria de trabajo al cuerpo que dictamine, ya que naturalmente, toda resolución debe tener sólo los datos de identificación del caso que debieran ser mínimos, sería importante que los dictámenes de la Comisión o el Comité vayan debidamente fundados y motivados, sin que sea necesario el señalamiento de todos los datos que refiere, ya que sólo significarían una carga extra para el dictaminador.

El artículo 21 del reglamento, señala *“El dictamen recaído a la solicitud de reembolso, podrá tener los siguientes efectos:*

- I. *Desecharla;*
- II. *Tenerla por No Presentada;*
- III. *Declararla Procedente, Total o Parcialmente; y*

#### IV. *Declararla Improcedente*”:

La redacción de este dispositivo es inadecuada al señalar que la solicitud de reembolso puede tener **efectos**, dicha redacción se encuentra apartada de la técnica jurídica, por que pasa por alto que las solicitudes de reembolso están sujetas a la declaración de los órganos dictaminadores, que en primer término dicha declaración constituirá el sentido de la resolución, que bien podría ser alguno de los que se señalan en las fracciones anteriores y que obviamente estos sentidos por lógica-jurídica producirían efectos de carácter jurídico o situaciones de derecho.

Para una mejor orientación de los órganos encargados de la dictaminación, resultaría necesario que el ordenamiento hiciera alusión de manera precisa; cuándo y en qué caso las solicitudes se podrían determinar en estos sentidos.

Por lo que respecta al último artículo de este apartado que a la letra dice art. 22: *“Cuando la solicitud de reembolso sea dictaminada como procedente, total o parcialmente, en el propio dictamen se determinará la cantidad que por este concepto le corresponda al derechohabiente o sus familiares, la que en ningún caso será mayor de la que resulte de aplicar el Tabulador de Cuotas de Recuperación por Atención Médica de Pacientes no Derechohabientes no Derechohabientes en las Unidades Médicas, misma que deberá ser reembolsada por la Unidad.*

*El Instituto podrá repetir contra sus servidores públicos que resultaren responsables de la erogación realizada”.*

La aplicación de este precepto resulta contraria a los intereses de los derechohabientes, ya que la redacción del mismo es totalmente institucional, generando en la gran mayoría de los casos un detrimento en las cantidades reclamadas por los derechohabientes, ya que de manera ventajosa y en pro de los intereses institucionales las Comisiones o bien el Comité aplican el Tabulador, dejando de pagar hasta a veces un 80 o 90 por ciento de las cantidades peticionadas.

La aplicación de este Tabulador se ubica fuera de la lógica jurídica, ya que en primer lugar este documento no es del dominio público, ni se encuentra actualizado en sus costos y no comprende todos los conceptos médicos relacionados con la atención que reclaman los derechohabientes, conceptos que los órganos dictaminadores no cubren al derechohabiente, bajo el argumento de que *“sino están considerados en el tabulador no se pueden cubrir, debido a que en caso de hacerlo se estaría actuando por encima de este precepto”*, razonamiento que puede traducirse en un error de interpretación de artículo 22 de esta normatividad, toda vez que si bien es cierto que los órganos están obligados a aplicar este precepto, también resultaría cierto que en caso de que los conceptos reclamados no estén amparados en el Tabulador, el Instituto de Seguridad debería tener la obligación de cubrir el cien por ciento del concepto que no se encuentre consignado en el mencionado Tabulador.

La aplicación de este documento, a pesar que se encuentra regulada en este numeral, es contraria y tentativa para los intereses del derechohabiente, debido a que en caso de que un derechohabiente tuviera que acudir en busca de atención médica, antes de hacerlo deberá tener el Tabulador a su alcance y, posteriormente solicitar en las diversas Unidades Médicas extrainstitucionales presupuestos acordes a los precios consignados en el Tabulador del ISSSTE o en su defecto dejara de percibir una buena parte de las cantidades gastadas.

Es claro que este dispositivo pierde de vista que si una solicitud de reembolso resulta procedente, es porque ha quedado acreditada la existencia de una de las causales a que hace referencia el artículo 1 de este ordenamiento y que si esta situación ha quedado confirmada para el órgano que haya emitido el fallo, el ISSSTE debería ser responsable al cien por ciento debido a que el gasto realizado deviene del incumplimiento en su obligación de prestar servicio medico eficiente al derechohabiente y a sus familiares, lo ideal para su aplicación y emisión del dictamen sería la desaparición de este artículo.

A mayor abundamiento respecto a la obligación que tendría el ISSSTE de reembolsar el cien por ciento de los gastos reclamados siempre que deriven de la atención médica recibida en el ámbito extrainstitucional en este caso considero que por analogía se puede señalar como lo refiere el maestro Rafael Rojina Villegas<sup>10</sup> cuando se refiere al incumplimiento de una obligación "cuando el deudor incurre en mora esto da derecho al acreedor a exigir el pago de una indemnización compensatoria que es el equivalente a los danos y perjuicios que sufrió por el incumplimiento de la obligación".

En este sentido el ISSSTE cuando una solicitud de reembolso resulta procedente por alguna de las causales que señala el Reglamento en su artículo 1 se puede deducir que ese Instituto incumplió en su obligación causando además de un daño en la salud del paciente un detrimento en el patrimonio del reclamante lo que se podría traducir en un daño patrimonial que debiera de ser compensado en esta vía al reclamante de reembolso restituyéndole la cantidad acreditada.

## 2.7 CAPITULO V.- DE LA RECONSIDERACIÓN (artículos 23 al 28)

Respecto de este apartado, la técnica será distinta en el entendido de que se trata de un procedimiento similar al ya analizado, con todos los vicios e irregularidades en cuanto a su redacción, además de que en la práctica, esta segunda fase no cumple la función de un verdadero recurso, solo hace mas largo el procedimiento de reembolso, por lo que a continuación citaré textualmente el total de los artículos que lo forman, y posteriormente efectuare las observaciones correspondientes

El artículo 23 señalaba *"El derechohabiente que no este conforme con el dictamen recaído a su solicitud de reembolso, podrá solicitar , por una vez, la reconsideración del mismo en un término de 10 días naturales, contados a partir de la fecha de notificación del dictamen respectivo"*.

El articulo 24 refiere *"La reconsideración se interpondrá ante la Unidad que corresponda, de acuerdo con el último domicilio que el derechohabiente haya registrado ante el Instituto, mediante escrito que deberá contener los elementos siguientes:*

- I. Nombre y domicilio del derechohabiente que promueva la reconsideración, así como del solicitante y del paciente, en el supuesto de ser personas distintas, en el caso del paciente su edad;*
- II. Monto solicitado: Dependencia o Entidad donde presta sus servicios el derechohabiente; número del expediente de reembolso y ; numero y fecha de la sesión del dictamen;*

---

<sup>10</sup> ROJINA VILLEGAS, Rafael, Compendio de Derecho Civil, Teoría General de las Obligaciones, Vigésima edición, Editorial Porrúa, México 1997, p.p. 358 y 359.



- III. *Numero de oficio del dictamen objeto de la reconsideración, así como la fecha en que le fue notificado;*
- IV. *Descripción de los hechos, argumentos en contra del dictamen y, de ser posible, los fundamentos médico-jurídicos y;*
- V. *Las pruebas adicionales en que sustente la reconsideración solicitada”.*

*Cuando en la solicitud de reconsideración faltase o fuera omitido alguno o varios de los datos a que se refiere este artículo anterior (Sic) el Comité requerirá al solicitante, a fin de que en un término de 10 días naturales, contados a partir del día en que se le notifique, cumpla con los requisitos omitidos. En caso de no hacerlo dentro del término establecido, la reconsideración se tendrá por No Presentada”*

*Artículo 25 “La reconsideración será improcedente cuando:*

- I. *Se promueva contra actos distintos al dictamen emitido por la Comisión o el Comité;*
- II. *No afecte el interés jurídico del solicitante;*
- III. *No se presente dentro del término señalado por el artículo 23 de este Reglamento; y*
- IV. *Se promueva en contra de dictámenes emitidos en cumplimiento de sentencia”.*

*Artículo 26 “La Unidad deberá remitir el escrito de reconsideración dentro de los siguientes 10 días naturales a la fecha de recepción del mismo al Comité, quien será el facultado para dictaminar la reconsideración”.*

*Artículo 27 “El Comité dictaminará y notificará la reconsideración a que se refiere el artículo anterior dentro de los 60 días naturales siguientes a la recepción de la de la misma”.*

Artículo 28 *"El dictamen que recaiga a la reconsideración será para los mismos efectos a que se alude en el artículo 21 de este Reglamento"*.

El artículo 23 de este capítulo concede al solicitante el derecho de recurrir el dictamen recaído a su solicitud de reembolso a través de la solicitud de reconsideración, misma que se debe presentar necesariamente ante la Unidad y que al igual que la solicitud de reembolso, el derechohabiente tiene que cumplir una serie de requisitos de procedibilidad que resultan excesivos y tediosos ya que todo lo solicitado por el artículo 24, son datos que el Comité ya conoce y que no son necesarios para la emisión de este segundo dictamen.

Hay que tomar en cuenta que en la práctica, este supuesto recurso no cumple su objetivo como tal, debido a que para poder presentarlo según la fracción V del artículo 24, el derechohabiente deba aportar pruebas adicionales en que sustente su reconsideración, esto ha generado como consecuencia que las solicitudes de reconsideración en un noventa y nueve por ciento sean declaradas improcedentes bajo el argumento de que *"el derechohabiente no aportó nuevos elementos de juicio médico-técnico-jurídico y o administrativos que diera lugar al cambio del dictamen"*, en este apartado se pasa por alto la verdadera función que debe tener todo recurso, sin importar como se llame.

Partiendo de las definiciones que nos da el ilustre maestro Rafael de Pina acerca de lo que es el recurso y el recurso administrativo<sup>11</sup>, se puede concluir que este medio de impugnación que concede el reglamento que se analiza, no cumple con su verdadero objetivo, ya que resulta ilógico desde el punto de vista jurídico que al derechohabiente le sean exigibles pruebas adicionales en las que sustente su reconsideración y mucho más aún que le

---

<sup>11</sup> DE PINA Rafael, Diccionario de Derecho, Editorial Porrúa, México p.p. 405 y 406

señalen (fuera de la normatividad) que la solicitud de reconsideración es improcedente por que el derechohabiente *“no aporte nuevos elementos médico-técnico-jurídicos que permitan el cambio del dictamen”*.

El órgano colegiado encargado de resolver estas solicitudes pasa por alto que el recurso es creado para impugnar la resolución que a su juicio le cause agravio y que basta que el recurrente señale únicamente los argumentos que quiera hacer valer en contra del dictamen sin necesidad de que se vea obligado a presentar nuevas pruebas o nuevos elementos, ya que generalmente los recurrentes no cuentan con ellas a menos que se trate de pruebas supervenientes y que podrán ser presentadas siempre que el derechohabiente cuente con ellas, en caso contrario el Comité tiene la obligación de valorar los argumentos y determinar si resultan o no fundados y suficientes para confirmar, modificar o revocar su fallo.

De acuerdo al contenido de este articulado, las solicitudes de reconsideración se deben declarar No Presentadas, Improcedentes y Procedentes Totales o Parciales, sentidos que resultan inadecuados por que como lo manifesté con anterioridad, el objetivo debe ser el de confirmar, revocar o modificar total o parcialmente una resolución o dictamen y señalar los supuestos para cada caso.

A cerca de las hipótesis que señala el artículo 25 para que una solicitud sea improcedente, las referidas en las fracciones I y II y III son adecuadas, no así la mencionada en la fracción IV, de acuerdo a lo estipulado por el artículo 23 de este ordenamiento que concede el recurso por una sola vez, en caso de que el cumplimiento de sentencia haya sido acerca del reembolso, resultaría anticonstitucional declarar improcedente la solicitud de reembolso bajo este argumento.

Como se verá a continuación existe otro problema que viola las reglas del procedimiento, por ejemplo; en caso de que un derechohabiente se inconforme contra el dictamen recaído a su solicitud de reembolso, y deba agotar el recurso que aquí se señala, será el mismo Comité quien se encargue de valorar su propia actuación respecto del primer dictamen, debiendo emitir un segundo dictamen que contravendría las reglas de cualquier procedimiento y no obstante lo anterior, el caso se torna más grave por el hecho de que si algún promovente se inconforma en contra de este nuevo dictamen en términos de lo señalado por el artículo 83 de la Ley Federal del Procedimiento Administrativo, de acuerdo a esté dispositivo de carácter federal, y considerando que en materia de reembolsos el Comité no tiene superior jerárquico, este órgano tiene la obligación de emitir una tercera resolución que desde luego puede no ser apegada a derecho, sino tendenciosa, con base en los dos dictámenes emitidos previamente como sucede en la práctica.

En virtud de todas las deficiencias aquí señaladas y toda vez que el actual recurso no hace otra cosa que obligar al interesado a agotar el principio de definitividad, sin que esto le garantice un verdadero análisis de su caso, resulta ocioso que este recurso de reconsideración se siga considerando en el reglamento, por que a demás de todo lo anterior, hace mas largo y tedioso el procedimiento de reembolso al grado de que en muchos casos las dos fases consumen hasta un año y seis meses o hasta un poco mas.

En este sentido lo correcto sería que para un mejor procedimiento de reembolso, se debe adoptar el sistema del recurso optativo, con la finalidad de que se de al gobernado la opción de agotar el recurso o no y en su defecto acudir a otra instancia a reclamar sus derechos,

evitando con esto lo que señala el maestro Narciso Sánchez Gómez<sup>12</sup>, “ que los recursos dejan mucho que desear en la administración de justicia administrativa y desde luego en detrimento de las garantías de legalidad y audiencia”

## **2.8 CAPITULO VI.- DE LA INTEGRACION DEL COMITÉ Y LA COMISIÓN (artículos 29 al 34)**

En este apartado se volverá a analizar de manera conjunta el articulado que lo conforman en virtud de que los comentarios para cada uno son mínimos, al igual que las propuestas que se hacen para el nuevo reglamento e incluso una de ellas es similar para los tres órganos de reembolso por lo que a continuación citaré textualmente los últimos seis artículos de este ordenamiento.

El artículo 29 señala: *“El Comité estará integrado de la siguiente manera:*

- I.      Presidente:                    Coordinador General de Atención al Derechohabiente*
- II.     Secretario Ejecutivo: El Jefe de Servicios que al efecto designe el titular de la Coordinación*
- III.    Vocales:                        Un representante de la Secretaría de Salud; un representante de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social; un representante de la Secretaria de la Junta Directiva del Instituto; tres representantes de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado; y un representante de la Subdirección General Médica*
- IV.    Asesor:                         El representante de la Subdirección General Médica*

---

<sup>12</sup> SANCHEZ GOMEZ NARCISO. Segundo curso de Derecho Administrativo, Editorial Porrúa, México 1998, p. 417

V. *Invitado:* *El representante de la Contraloría Interna.*

*El Comité sesionara de manera ordinaria por lo menos dos veces al mes, y de manera extraordinaria las que sean necesarias. El Presidente, el Secretario Ejecutivo y los Vocales tendrán derecho a voz y voto; el Asesor y el Invitado tendrán derecho a voz pero no a voto”.*

Artículo 30 *“El Comité tendrá las siguientes atribuciones:*

- I. Analizar y dictaminar las solicitudes de reembolso y de reconsideración;*
- II. Solicitar en su caso, la opinión de la Subdirección General Médica, para la dictaminación correspondiente;*
- III. Notificar al Solicitante el dictamen recaído a la solicitud de reembolso;*
- IV. Realizar los trámites para el reembolso y comprobación del monto dictaminado;*
- V. Informar trimestralmente al Director General del Instituto los resultados de su actuación;*
- VI. Proponer al Director General del Instituto las medidas preventivas y correctivas, para abatir las causas que originan las solicitudes de reembolso;*
- VII. Dar vista a la Contraloría, cuando se presuma responsabilidad de los servidores públicos del Instituto;*
- VIII. Elaborar y proponer el Manual de Integración y Funcionamiento del Comité; así como el de Procedimientos para el Trámite de Solicitudes de Reembolso por la Prestación de Servicios Médicos Extrainstitucionales, con apego a lo establecido en el presente Reglamento;*
- IX. Autorizar la creación del Subcomité Técnico de Dictaminación de Solicitudes de Reembolso, y de los grupos de trabajo que estime necesarios, señalando la forma y términos en que deberán informarle sobre los asuntos analizados al propio Comité ; y*
- X. Las demás que le encomienda la Junta Directiva del Instituto”.*

El artículo 31 refiere "El Subcomité Técnico de Dictaminación de Solicitudes de Reembolso, estará integrado de la siguiente forma:

- I. **Coordinador:** Jefe de Departamento de Evaluación Médica de la Coordinación;
- II. **Secretario Técnico:** Jefe de Departamento de Operación y Apoyo Técnico de la Coordinación;
- III. **Vocales:** Dos representantes de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado y un representante de la Subdirección General Médica;
- IV. **Asesor:** El Representante de la Subdirección General Jurídica

El Subcomité Técnico sesionará de manera ordinaria por lo menos una vez a la semana, y de manera extraordinaria las que sean necesarias. El Coordinador, el Secretario Técnico y los Vocales tendrán derecho a voz y voto; el asesor tendrá derecho a voz pero no a voto".

Artículo 32 "El Subcomité Técnico de Dictaminación de Solicitudes de Reembolso tendrá las siguientes atribuciones:

- I. **Requerir a la Unidad correspondiente, información y/o documentación omitida en la integración del expediente de reembolso;**
- II. **Solicitar en su caso, la opinión de personal especializado para elaborar el proyecto de dictamen correspondiente;**
- III. **Elaborar y someter a consideración del Comité los proyectos de dictamen; y**
- IV. **Las demás que le encomiende el Comité".**

Artículo 33 "La Comisión estará integrada de la siguiente manera:

- I. **Presidente:** Delegado Estatal o Regional del Instituto;

- II. *Secretario*     *Jefe de la Unidad de Atención al Derechohabiente;*  
*Ejecutivo:*
- III. *Vocal:*       *Un representante de la Subdelegación Médica; tres especialistas de la Delegación del Instituto; dos representantes de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado; y un representante de la Secretaría de Salud, en tratándose del Distrito Federal, o su equivalente en las demás Entidades Federativas*
- IV. *Asesor*        *El representante de la Unidad Jurídica Delegacional*
- La Comisión sesionará de manera ordinaria por lo menos dos veces al mes, y de manera extraordinaria las que sean necesarias. El presidente, el Secretario Ejecutivo y los Vocales tendrán derecho a voz y voto; el asesor tendrá derecho a voz pero no a voto”.*

Artículo 34 *“La Comisión tendrá las siguientes atribuciones:*

- I. *Analizar y dictaminar las solicitudes de reembolso;*
- II. *Solicitar, en su caso, la opinión de la Subdelegación Médica, para la dictaminación correspondiente;*
- III. *Notificar al solicitante el dictamen recaído a la solicitud de reembolso;*
- IV. *Realizar los trámites para el reembolso y comprobación del monto dictaminado;*
- V. *Informar mensualmente al Comité los resultados de su actuación;*
- VI. *Proponer al Comité, las medidas preventivas y correctivas, para abatir las causas que originan las solicitudes de reembolso;*
- VII. *Informar al Comité cuando se presuma responsabilidad de los servidores públicos del Instituto; y*
- VIII. *Las demás que le otorgue el presente reglamento, así como aquellas que expresamente le encomiende la Junta Directiva”*



Los artículos 29, 31 y 33 hacen referencia al número de integrantes que conformarán el Comité, Subcomité y la Comisión, órganos que se encargan de dictaminar las solicitudes de reembolso, en estos numerales hacen referencia a como se designará cada uno señalando la Unidad Administrativa, Dependencia u Organización a la que debe pertenecer cada miembro de estos cuerpos dictaminadores.

A raíz de la reforma practicada al Estatuto Orgánico del ISSSTE, publicada el 30 de julio del año próximo pasado en el Diario Oficial de la Federación, en la fracción XLIII del artículo 49 señala como una de las funciones de la Subdirección General Jurídica la de presidir las sesiones del Comité Técnico de Dictaminación de Solicitudes de Reembolso, función que antes de la reforma en términos del artículo 54 bis de este mismo ordenamiento, la ejercía el Coordinador General de Atención al Derechohabiente tal como lo señala el artículo 29 fracción I del Reglamento de reembolsos, por otra parte la misma fracción XLIII del artículo 49 reformado concede la facultad al Subdirector General Jurídico para delegar la presidencia del Comité, por lo que es necesario se adecue la fracción I y II de este numeral en los términos de la reforma del Estatuto.

En las sesiones de estos cuerpos colegiados, los dictámenes se emiten por votación misma que corre a cargo de los Presidentes del Coordinador, de los Secretarios y de los Vocales; en el caso del Comité respecto de la votación a juzgar por el número de miembros que participan está más equilibrada que en los otros dos órganos, por ejemplo cinco vocales son servidores públicos ajenos al ISSSTE, en tanto que el Presidente, el Secretario Ejecutivo y dos Vocales constituyen cuatro votos de servidores públicos que prestan sus servicios al ISSSTE, lo que debiera reflejar en una garantía de que los dictámenes se emitirían de manera imparcial, esto es sin atender los intereses del Instituto de Seguridad.

Por lo que respecta a la votación que se emite en el Subcomité y en la Comisión, de acuerdo a la adscripción de los miembros que los conforman, se aprecia claramente que la balanza se inclina hacia la dependencia de seguridad social, derivándose en que los dictámenes pueden ser emitidos de manera parcial atendiendo los intereses del ISSSTE. En el caso del Subcomité, son cinco miembros los que tienen derecho a votar, de los cuales tres son empleados del ISSSTE y dos externos a ese Instituto, en el caso de la Comisión o Comisiones que operan en toda la República Mexicana, la votación de los miembros que las integran es aún más tendenciosa, por el hecho de que el artículo 33 norma seis votos de empleados del ISSSTE y tres de servidores ajenos al mismo, de lo que se puede señalar la necesidad de que en una nueva propuesta se equilibre la votación garantizando a los reclamantes de reembolso una resolución más equánime, apegada a la realidad y menos tendenciosa.

En este apartado se omite prever la sustitución y suplencia de los miembros que integran los órganos resolutores, tal parece que los servidores públicos que recibieron el nombramiento para actuar estos órganos, no tuvieron derecho a ser suplidos o sustituidos en caso de ausencias temporales para un mejor funcionamiento del órgano que se trate, situación que en la práctica del Comité y el Subcomité lo instituyó antes de la reforma del 16 de mayo de 1 año 2000, no así en el caso de las Comisiones, por lo que sería necesario formalizarlo en la normatividad de reembolso y además prohibir la participación de los miembros de la Comisión y del Subcomité en las sesiones del Comité con la única finalidad que los criterios para dictaminar no sean inductivos al dictamen o a la propuesta formulada por la Comisión y el Subcomité respectivamente.

En cuanto a las atribuciones de los órganos dictaminadores hace falta modificarlas, adecuarlas e incluso reasignar funciones en los cuerpos colegiados así como y revisar sus atribuciones, por ejemplo: en el caso del Subcomité para efectos de economía procesal debería tener atribuciones de órgano dictaminador y autónomo al igual que las Comisiones dejando al Comité de Reembolso la función de resolver sólo el recurso que interpongan en contra de los dictámenes recaídos a la solicitud de reembolso, elevándolo al rango de órgano superior en materia de reembolso y en consecuencia se evitaría que un mismo órgano dictamine dos o tres veces la misma solicitud.

En el caso de las atribuciones que tienen conferidas estos órganos, muchas de ellas son innecesarias, por ejemplo: El solicitar la opinión de la Subdirección General Médica o de la Subdelegación Médica para dictaminar no es necesaria debido a que los cuerpos colegiados cuentan con especialistas en distintas ramas de la medicina y este debería ser un requisito indispensable para ser miembro de estos órganos; de igual forma, la de realizar los trámites y comprobación del monto dictaminado es una atribución que carece de sentido y toda vez que esta función la realizan las Unidades de Atención al Derechohabiente Delegacionales, otras funciones que se encuentran en este tenor son las de la Comisión señaladas por los incisos V, VI y VII del artículo 34 del propio Reglamento ya que las contempladas en las dos primeras las puede ejercer directamente ante el Delegado Regional o Estatal quien es la autoridad Suprema del ISSSTE en cada Estado o Región y la marcada en la fracción VII, la puede cumplir ante el Organismo Interno de Control Delegacional sin necesidad de que lo haga del conocimiento del Comité.

## **2.9 REFORMAS ADICIONES Y DEROGACIONES REALIZADAS AL REGLAMENTO EL 16 DE MAYO DEL AÑO 2000.**

A raíz de las múltiples deficiencias que contenía el Reglamento para el Trámite de Solicitudes de Reembolso por la prestación de servicios Médicos Extrainstitucionales del ISSSTE, aunado al enorme daño patrimonial de que fue objeto el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, al ser válida figura procesal de la afirmativa ficta contenida en este ordenamiento, el 16 de mayo del año 2000 en el Diario Oficial de la Federación a través del acuerdo N° 30.1258.2000 se publican las reformas, adiciones y modificaciones, a los artículos 3, fracción XIV; 5; 7; 8, fracciones I, III y V; 9; 10, primer párrafo; 12; 13; 15, fracción II; 16, párrafo primero; 17; 18, primer párrafo; 19, párrafos primero a tercero; 23; 24, fracción V, y segundo párrafo; 26 27; 29, fracciones III y IV y segundo párrafo; 31, fracciones I y II; y 34, fracción VII, sin que haya sido suficiente esta publicación para evitar las irregularidades en el procedimiento de reembolso por que la gran mayoría de estas resultaron intrascendentes tal como se vera a continuación

Con relación a la reforma de la fracción XIV del artículo 3 sólo se limitó a adecuar el término Contraloría, debido a que este órgano que en un inicio se llamaba Contraloría General en el ISSSTE y posteriormente recibió el nombre de Organó Interno de Control en el ISSSTE quedando de esta forma la fracción XIV *"Contraloría; al Organó Interno de Control"*.

El segundo párrafo que se adicionó al artículo 5 señala lo siguiente: *"En caso de fallecimiento del trabajador, podrán solicitar el reembolso los beneficiarios debidamente acreditados ante el Instituto, los representantes legalmente designados por el interesado, los*

*familiares que ejerzan la patria potestad de los menores involucrados en los hechos y los legítimos herederos”*

De esta transcripción debe entenderse que el trabajador, es al primero que le asiste el derecho para reclamar el reembolso, aunque este párrafo no lo menciona, en este mismo supuesto deben estar los jubilados, pensionados y el que continua con el régimen voluntario, toda vez que son derechohabientes del Instituto, en segundo lugar y sólo en caso de fallecimiento lo podrán hacer los beneficiarios debidamente registrados en el Sistema de Vigencia de Derechos del ISSSTE, si el que tuviere el derecho fuere menor de edad, lo podrá hacer quien ejerza la Patria Potestad y en último lugar a falta de beneficiarios, el reclamo lo pueden realizar los legítimos herederos.

Con relación al orden para reclamarlo, es correcto jerarquizar la posición del derechohabiente toda vez que a él le asisten los derechos principales ante el Instituto, sin embargo el problema inicia cuando los reclamantes son beneficiarios menores de edad o bien que el derechohabiente no tuviera registrado a ningún beneficiario, muy a pesar de que el trámite de reembolso es engorroso, esta situación lo hace más difícil, por que los reclamantes que no cumplan con el requisito de estar registrados ante el ISSSTE, o que no tengan la calidad de herederos, están obligados a iniciar un juicio de sucesión testamentaria o intestamentaria con la finalidad de que un juez competente haga la declaratoria de herederos del de cuius para que puedan tener derecho a reclamar el reembolso de su familiar.

Esta posición trae como consecuencia que un buen número de solicitudes de reembolso cuyos solicitantes no tienen el nombramiento de herederos o tutores, resulten desechadas

debido a que este trámite no se puede realizar en 10 días hábiles que concede el reglamento para presentarlo aunado a que va a generar más gastos y que en muchas ocasiones no están en posibilidad de cubrirlos en este sentido, el ordenamiento debiera ser un poco mas flexible permitiendo en este supuesto que el reclamo lo hagan los familiares en primer grado o incluso la esposa o esposo legalmente acreditados con la finalidad de facilitar la tramitación de este procedimiento.

En cuanto a la reforma efectuada a los artículos 7, 9 10, 12, 16, 17, 23, 24, 26 y 27, fundamentalmente, consistió en cambiar los términos de días naturales a días hábiles, pero sin que esto hubiera afectado su contenido, con excepción de los artículos 10, 23, 24 y 27 que además de lo anterior fueron modificados en su contenido o tuvieron adiciones o cambios en su redacción.

Así, en el artículo 10 se concedían 180 días naturales para presentar la solicitud de reembolso, la reforma cambió este plazo por el de 130 días hábiles. En el caso del artículo 23, se señaló expresamente que la reconsideración se podrá presentar contra el dictamen de desechamiento, improcedente o procedente parcial, sin que se incluya en estos supuestos al no presentado por lo que, según esté dispositivo, no tiene derecho a presentar este recurso adicionándole en su parte final que, para el caso de que no se presente en el término concedido por este dispositivo, la solicitud se tendrá por no presentada, por lo que esta adición entró en contraposición de lo señalado por el artículo 25 en la fracción III debido a que según esta fracción la solicitud no se presente dentro del término de 10 días será improcedente, situación que puede traducirse en una aberración jurídica.

Por lo que respecta al artículo 24, además de lo señalado con anterioridad, se reformó la fracción V que actualmente impone al derechohabiente la obligación de acompañar a su solicitud de reconsideración "pruebas supervenientes", en lugar de "Pruebas adicionales", esta reforma no aporta ningún beneficio al derechohabiente ni al procedimiento por que solo se cambio la terminología en ambos casos la impone como un requisito indispensable para sustentar su reconsideración y que como lo señalé en el apartado correspondiente, es inadecuado por el hecho que no en todos los casos se cuenta con más pruebas que las presentadas al inicio del trámite de reembolso.

Por lo que hace a la reforma del artículo 27, únicamente cambió el término anterior era de 60 días naturales para dictaminar y notificar, por el de 50 días hábiles, el cual traducido a días naturales daría aproximadamente 60.

Continuando con los demás artículos que fueron reformados adicionados o derogados, y que a diferencia de los señalados con anterioridad registraron un cambio, cuando menos en su redacción, encontramos a los artículos 8, 13, 18, 19, 29, y 31

Al artículo 8 se le reformaron las fracciones I, III y IV para quedar como sigue:

*Fracción I "Documento que acredite afiliación o credencial vigente expedida por el área de Afiliación y Vigencia del Instituto, en caso de que el paciente sea familiar del derechohabiente, deberá presentar aviso de inscripción de beneficiarios, anterior a la fecha de los hechos; en el supuesto de ser estudiante mayor de 18 años, deberá acreditarlo acompañando el aviso de prórroga de servicios médicos por estudios"*

Fracción III *“Documento que acredite vigencia de derechos del solicitante, expedido por la dependencia o entidad respectiva, correspondiente a la fecha en que ocurrieron los hechos motivo de la solicitud, en caso de que la atención médica sea de gineco-obstetricia, deberá acompañar el documento con el que acredite la vigencia de derechos correspondiente a los 6 meses anteriores al parto”.*

Fracción V; *“Documentos originales que comprueben la cantidad cuyo reembolso se solicita, mismos que deben reunir los requisitos fiscales, además de estar expedidas a nombre del promovente y/o paciente, incluyendo el desglose y descripción de los medicamentos, material de curación y quirúrgico que se utilizó en la atención de la paciente”.*

De acuerdo al contenido de la fracción I, se precisó de manera más clara cuáles son los documentos que se deben acompañar a la solicitud de reembolso para acreditar la afiliación y vigencia de derechos ante el ISSSTE.

Por lo que respecta al contenido de la fracción III se cometió un error grave, por que el contenido de esta fracción pretende que el derechohabiente acredite haber cotizado al ISSSTE en la fecha de los hechos, más sin embargo en esta reforma se puede apreciar que impone al derechohabiente la obligación de presentar documento con el que acredite vigencia de derechos, sin tomar en cuenta que las dependencias no expiden éstos, solamente el ISSSTE tiene este facultad.

En cuanto a la fracción V con la reforma se completa la formalidad que debe cumplir ya sea una factura o un recibo de honorarios para que pueda acompañar a la solicitud de reembolso, sin que haya cambiado en el fondo, además de manera injustificada se exige que los documentos probatorios del gasto reclamado este expedidos a nombre del promovente



(derechohabiente) y/o paciente, considerando que el reclamo nace de un presunto incumplimiento en la prestación del servicio médico por parte del ISSSTE, debiera ser suficiente que en dichos documentos se justifique a favor de quien fue prestada la atención médica extrainstitucional, sin importar quien pago el gasto o a favor de quien se expidieron los documentos.

Respecto al artículo 18, este fue reformado en cuanto a la cuantía, para que las solicitudes sean dictaminadas por el Comité o las Comisiones elevando el monto de 100 a 250 veces el Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal, esta medida se adopto con la finalidad de lograr un equilibrio en cuanto al porcentaje de solicitudes dictaminadas por los Organos Colegiados.

La reforma que verdaderamente tuvo gran impacto dentro del procedimiento de reembolso fue la que se realizó al artículo 19, debido a que los términos para que el Comité o la Comisión dictaminen y notifiquen la solicitud de reembolso fue fijada en 70 inicialmente y 140 días hábiles para el caso de complejidad, pero lo grave consistió en que, producto del enorme daño patrimonial que se generó al ISSSTE con la figura procesal de la afirmativa ficta, en este dispositivo se cambió de forma extrema por la de la negativa ficta, la que por razones lógicas afecta directamente al solicitante de reembolso al declarar improcedente su solicitud por el hecho de que no se resolvió y notificó en los tiempos señalados para tal efecto, considero que un punto medio y quizá más justo para el ISSSTE y los derechohabientes es desaparecer estas figuras jurídicas y que la autoridad solamente tenga la obligación de resolver en los términos señalados, sin que esta situación produzca alguno de estos efectos.

De esta forma estaríamos ante lo que el maestro Rafael Martínez<sup>13</sup> señala como una tercera posibilidad en caso del silencio administrativo, quien lo refiere en su texto de la siguiente forma “ que al silencio del órgano no se le asigne sentido alguno, subsistiendo la obligación de dar respuesta a lo que el particular ha planteado a la autoridad”

En cuanto al artículo 29, en la fracción III donde menciona a los vocales, de acuerdo a la reforma se adiciona como Vocal al Representante de la Coordinación General de Delegaciones y el representante de la Junta Directiva deja de ser Vocal para formar parte de los asesores, se adiciona además la figura de la sustitución del presidente y la de la suplencia de los vocales, medida que considero es benéfica para el mejor funcionamiento del Comité, más sin embargo hizo falta hacer extensiva esta medida al Subcomité y a la Comisión.

En cuanto al artículo 31 en las fracciones I y II se hace mención de forma correcta al cargo que deben tener los servidores públicos para ocupar la Coordinación y la Secretaría Técnica del Subcomité, sin que esta medida constituya un cambio trascendental en cuanto a los integrantes de este órgano de apoyo.

Por ultimo en la fracción VII del artículo 34 se le otorga a las Comisiones Delegacionales la facultad de dar vista directamente al Organismo Interno de Control Delegacional y no al Comité como se ordenaba en esta fracción antes de las reformas.

---

<sup>13</sup> MARTINEZ MORALES Rafael I., Derecho Administrativo Primero y Segundo Curso, Segunda Edición, Editorial Harla, México 1994, p. 244

**CAPITULO 3**  
**PROPUESTA DE NUEVO REGLAMENTO PARA EL**  
**TRAMITE DE SOLICITUDES DE REEMBOLSO**

- 3.1. LA NECESIDAD DE UN NUEVO REGLAMENTO
- 3.2 APARTADOS QUE DEBE CONTENER EL NUEVO REGLAMENTO
  - 3.2.1. TITULO PRIMERO DISPOSICIONES GENERALES
  - 3.2.2 TITULO SEGUNDO.- DEL PROCEDIMIENTO (REGLAS)
  - 3.2.3 TITULO TERCERO.- DE LA COMPETENCIA
  - 3.2.4 TITULO CUARTO.- DE LOS TERMINOS
  - 3.2.5 TITULO QUINTO.- DE LAS NOTIFICACIONES
  - 3.2.6 TITULO SEXTO.- DEL RECURSO
  - 3.2.7 TITULO SEPTIMO.- DE LOS ORGANOS COLEGIADOS
  - 3.2.8 TITUTLO OCTAVO.- DE LAS RESPONSABILIDADES DE LOS ORGANOS COLEGIADOS

### 3.1 LA NECESIDAD DE UN NUEVO REGLAMENTO.

Después del análisis realizado al Reglamento para el Trámite de Solicitudes de Reembolso por la Prestación de Servicios Médicos Extrainstitucionales del ISSSTE, cuyo contenido consiste en regular la recepción y substanciación de las solicitudes de reembolso de gastos realizados por los derechohabientes o sus familiares en servicios extrainstitucionales con motivo de la negativa, deficiencia o imposibilidad en la prestación de servicios médicos por parte de las Unidades Médicas de dicho Instituto y no obstante que el mencionado ordenamiento contiene reglas de tipo general, interés común y cuyo carácter es obligatorio para los particulares, es necesario fijar de manera clara y precisa, atendiendo al marco jurídico de nuestra legislación federal, los lineamientos aplicables a las solicitudes de reembolso con la finalidad de que a través de un nuevo ordenamiento los derechohabientes, los órganos dictaminadores y el personal involucrado en la recepción, substanciación y resolución de estas solicitudes cuenten con un instrumento acorde a la realidad jurídica.

Es necesario contar con un instrumento a través del cual se garantice a los solicitantes de reembolso que el procedimiento establecido en este ordenamiento cumpla con las formalidades esenciales del procedimiento, entendiéndose como aquellas formalidades del procedimiento que resultan necesarias e indispensables para garantizar una adecuada y oportuna defensa previa al acto privativo, de tal suerte que no se produzca la indefensión del posible afectado y por ende como lo refiere el jurista Manuel Mateos Alarcón<sup>14</sup> .” Ofrecer a las partes involucradas en el proceso, reclamante y prestador de servicio, la posibilidad de que el primero pruebe su derecho (acción) y el segundo su defensa”

---

<sup>14</sup> MATEOS ALARCON, Manuel, Las Pruebas en Materia Civil, Mercantil y Federal, Cárdenas Editores, México 1991, p 5

Atendiendo a lo anterior y de conformidad con el mandato constitucional contenido en el artículo 14 de nuestra Carta Magna, cualquier procedimiento para que reúna en su desarrollo las formas esenciales inherentes al mismo, es necesario que cumpla con los siguientes requisitos:

- Que el afectado tenga conocimiento de la iniciación del procedimiento, del contenido de la cuestión que va a debatirse y de las consecuencias que se producirán en caso de prosperar la acción intentada y que se dé oportunidad para presentar sus defensas.
- Que se organice un sistema de comprobación en forma tal, que quien sostenga una cosa la demuestre y quien afirme lo contrario pueda también comprobar su veracidad.
- Que cuando se agote la tramitación, se dé oportunidad a los interesados para presentar alegaciones.
- Por último que el procedimiento concluya con una resolución que decida sobre las cuestiones debatidas y que al mismo tiempo fije la forma de cumplirse.

Cumpliendo estas formalidades se garantizaría la recta aplicación de la ley que al decir del ilustre jurista Emilio Rabasa<sup>15</sup> "ofrece al gobernado un procedimiento legal, no siendo que no obstante que no provenga de un Tribunal, bien puede provenir de un órgano o autoridad administrativa".

De esta manera, si en el nuevo ordenamiento se contienen estos requisitos se puede señalar que se establecería un procedimiento de carácter administrativo que satisfaga el mandato constitucional (garantía de audiencia) a favor de los solicitantes de reembolso.

---

<sup>15</sup> RABASA, Emilio, El Artículo 14 y El Juicio Constitucional, Cuarta edición, Editorial Porrúa, S.A., México 1997, p 279

Para una mejor apreciación de lo que debe ser el procedimiento de reembolso, con base a los criterios anteriormente señalados, es necesario hacer referencia a las cuatro etapas procesales que debe contener todo procedimiento, independientemente de la materia de la que se trate y de la autoridad ante la que se ventile.

1. La de la presentación de la demanda, notificación inicial que tiene por finalidad que el interesado conozca de la existencia del procedimiento y dejarlo en aptitud de preparar su legítima defensa, debiendo informar al afectado sobre la materia en la que versará el propio procedimiento.
2. La relativa a la dilación probatoria en la que pueda aportar los medios convictivos que estime pertinentes el afectado.
3. La subsecuente a los alegatos en que se dé oportunidad de exponer las razones y consideraciones legales correspondientes.
4. La del dictado de la resolución que decida sobre el asunto.

Es sabido que estas etapas se deben desarrollar a través de formas, requisitos o actos específicos tales como notificaciones, emplazamientos, términos para contestar o para oponerse a las pretensiones solicitadas, no hay que perder de vista que estas formas y requisitos pueden variar en los diferentes tipos de procedimientos, luego entonces tendríamos un verdadero procedimiento que como señala el jurista Humberto Briseño Sierra<sup>16</sup>. Se llevarían a cabo actividades prácticas necesarias para modificar el estado de hecho y remover lo que se considera contrario a derecho.

De igual forma, atendiendo a los tiempos en que se agota actualmente el procedimiento de reembolso y que resulta realmente extenso, es necesario que en el nuevo cuerpo legal se

---

<sup>16</sup> BRISEÑO SIERRA, Humberto, Estudios de Derecho Procesal Volumen II, Cardenas Editor, México 1980, pp 214 y 215

garantice un procedimiento rápido, ágil y expedito y de manera uninstancial se agote con la finalidad de que resulte menos tediosa, la tramitación del mismo y más corto en cuanto a su conclusión, teniendo en esta vía administrativa un verdadero proceso que cumpla con las fases del proceso civil que refiere el maestro Luis Dorantes Tamayo<sup>17</sup>. Que “las etapas del proceso son 1.- Postulatoria, 2.- Conciliatoria, 3.- Probatoria, 4.- Conclusiva, 5.- Decisoria y 6.- La impugnativa”, además de que en esta nueva normatividad se deben reasignar funciones a los cuerpos dictaminadores, con la finalidad de que se evite lo que sucede en la práctica que el Comité puede resolver la solicitud de reembolso, el recurso de reconsideración y lo que es más el recurso administrativo de la revisión contenido en el artículo 83 de la Ley antes citada.

En cuanto al procedimiento de reembolso considero necesario eliminar el recurso ordinario debiéndose adoptar el sistema del recurso opcional ya que este ofrece al gobernado la garantía de que se trate de un verdadero recurso, como lo señala el maestro Alberto C. Sánchez Pichardo<sup>18</sup> “ que el recurso puede servir para eliminar un acto no conforme a derecho y que puede ser interpuesto por quien haya sufrido perjuicio a causa del acto jurídico administrativo”

### **3.2 APARTADOS QUE DEBE CONTENER EL NUEVO REGLAMENTO.**

Con la finalidad de que se facilite el manejo del ordenamiento que regule la recepción, substanciación y resolución de solicitudes de reembolso, considero necesario que este nuevo cuerpo normativo se maneje a través de Títulos y a su vez, que éstos contengan

---

<sup>17</sup> DORANTES TAMAYO, Luis, Elementos de Teoría General del Proceso, 3ª edición, Editorial Porrúa, México 1990, p

<sup>18</sup> SANCHEZ PICHARDO, Alberto C, Los Medios de Impugnación en Materia Administrativa, Segunda edición, Editorial Porrúa, México 1999, p 115.

capítulos en los que se precisen de manera correcta los artículos correspondientes a cada apartado, tal como se presentará en los siguientes puntos.

### **3.2.1 TITULO PRIMERO DE LAS DISPOSICIONES GENERALES**

#### **CAPITULO UNICO DISPOSICIONES GENERALES**

**Artículo 1.-** El presente Reglamento tiene por objeto regular la recepción, substanciación y resolución de las Solicitudes de Reembolso de los gastos realizados por la atención médica de los derechohabientes o sus familiares beneficiarios en Servicios Médicos Extrainstitucionales, derivados de una presunta **NEGATIVA, DEFICIENCIA O IMPOSIBILIDAD** en la prestación de Servicios Médicos por parte del Instituto.

**Artículo 2.-** Este Reglamento será de observancia obligatoria para los derechohabientes y sus familiares que soliciten el reembolso por gastos médicos realizados en el ámbito extrainstitucional, así como para los servidores públicos que integran el Comité y Subcomité Técnicos y de las Comisiones Dictaminadoras Delegacionales de Solicitudes de Reembolso, las Unidades de Atención al Derechohabiente y Comunicación Social y las Unidades Médicas del Instituto.

**Artículo 3.-** Para los efectos de este Reglamento se entiende por:

- I. **Instituto**.- al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
- II. **Ley**.- a la Ley del Instituto de Seguridad y de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- III. **Reglamento**.- al Reglamento para el Trámite de Solicitudes de Reembolso
- IV. **Comisión**.- a la Comisión Dictaminadora Delegacional de Solicitudes de Reembolso



- V. **Subcomité**.- al Subcomité Técnico de Dictaminación de Solicitudes de Reembolso
- VI. **Comité**.- al Comité Técnico de Dictaminación de Solicitudes de Reembolso
- VII. **Reembolso**.- al reintegro de la cantidad pagada en dinero con motivo de la atención médica recibida por un derechohabiente o sus familiares beneficiarios en el ámbito extrainstitucional
- VIII. **Urgencia Médica**.- al daño intempestivo a la salud que pone en peligro la vida del derechohabiente o sus familiares beneficiarios
- IX. **Servicios Médicos**.- a la prestación de los servicios de Medicina Preventiva, Enfermedades, Maternidad, así como la Rehabilitación Física y Mental, como puede ser; la asistencia médica, los auxiliares de diagnóstico, tratamientos, tanto médicos como quirúrgicos, medicamentos y materiales necesarios para el restablecimiento del estado de salud
- X. **Derechohabiente**.- a los servidores públicos, jubilados, pensionistas y de incorporación voluntaria sujetos al régimen de la Ley
- XI. **Beneficiarios**.- a los familiares de los servidores públicos, jubilados y pensionistas que se encuentren debidamente registrados ante el Instituto
- XII. **Promovente**.- a la persona que formule la petición de reembolso reclamando el importe erogado en la atención médica en el ámbito extrainstitucional
- XIII. **Paciente**.- al derechohabiente o a los beneficiarios objeto del Servicio Médico Extrainstitucional
- XIV. **Unidad**.- a la Unidad de Atención al Derechohabiente y Comunicación Social
- XV. **Unidad Médica**.- al Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", Hospitales Regionales y Generales, Clínicas-Hospital, Clínicas de especialidades, Clínicas y Unidades de Medicina Familiar, Puestos Periféricos del Instituto y las Unidades

Médicas o laboratorios que regulen su relación ante con el Instituto mediante contrato de subrogación de servicios médicos

- XVI. **Organo**.- al Organo Interno de Control en el Instituto
- XVII. **Organo Delegacional** al Organo Interno de Control Delegacional
- XVIII. **Subdirección General**.- a la Subdirección General Jurídica
- XIX. **Subdirección**.- a la Subdirección de Atención al Derechohabiente
- XX. **Tabulador**.- al Tabulador de Cuotas de Recuperación por Atención Médica Institucional proporcionada a Pacientes no Derechohabientes en Unidades Médicas del Instituto

**Artículo 4.-** El presente ordenamiento no será aplicable a aquellas peticiones de reembolso que reclamen, pasajes, pagos realizados indebidamente al Instituto, procedimientos de cirugía estética, Servicios Médicos obtenidos fuera de la República Mexicana por Derechohabientes o beneficiarios.

### **3.2.2 TITULO SEGUNDO DEL PROCEDIMIENTO**

#### **CAPITULO PRIMERO**

#### **DE LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE REEMBOLSO**

**Artículo 5.-**El procedimiento de Reembolso de Gastos Médicos, iniciará con la presentación de la Solicitud de Reembolso respectiva, la que deberá ser formulada por escrito empleando los formatos que para tal efecto establezca el Instituto, en caso de que no sea presentado en dichos formatos, el escrito deberá contener los datos que refiere el artículo 10 de este ordenamiento.

**Artículo 6.-** La presentación de la solicitud de reembolso deberá hacerse en un término máximo de 90 días hábiles, posteriores a la fecha en que se recibió la atención médica extrainstitucional motivo de la erogación.

**Artículo 7.-** Las Solicitudes de Reembolso deberán presentarse ante la Unidad que le corresponda, de acuerdo con el último domicilio que el Derechohabiente tenga registrado ante el Instituto.

Sin perjuicio de lo anterior, las Unidades del interior de la República podrán bajo su propia responsabilidad habilitar como unidad receptora de documentos a la Coordinación de Atención al derechohabiente que corresponda a los Hospitales Regionales o Generales, atendiendo a su situación geográfica.

**Artículo 8.-** En caso de que algún derechohabiente presente la solicitud en cualquier Unidad distinta a la de su domicilio, ésta deberá canalizarla en un plazo de 24 horas posteriores a la recepción a la Unidad correspondiente para que se lleve a cabo la integración del expediente de Reembolso.

Las Solicitudes de Reembolso que sean presentadas en cualquier Unidad Administrativa o Médica ajena al Instituto, no interrumpirán el término que señala el artículo 6 de este ordenamiento, hasta que sean recibidas oficialmente por este.

**Artículo 9.-** Las Solicitudes de Reembolso que sean presentadas ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico se sujetaran a las disposiciones de este ordenamiento.

**Artículo 10.-** La solicitud de reembolso que no sea presentada en el formato oficial, deberá contener los datos siguientes:

- I. Organismo ante el que se dirige debiendo señalar el Nombre y domicilio del Derechohabiente y del Paciente, nombre del Promovente y domicilio que señale para oír y recibir notificaciones.
- II. Unidad médica involucrada institucional o subrogada, en caso de que exista.
- III. Importe de la cantidad solicitada en reembolso; y
- IV. Relación sucinta de los hechos y circunstancias motivo de la erogación.

**Artículo 11.-** A la Solicitud de Reembolso le acompañarán los siguientes documentos:

- I. Talón de pago o recibo de nómina expedido por la dependencia o entidad respectiva correspondiente a la fecha en que ocurrieron los hechos motivo de la solicitud, en caso de que la atención médica sea de Gineco-Obstetricia, se deberá acompañar los talones correspondientes a los seis meses anteriores al parto.
- II. Resumen Médico suscrito por el facultativo particular que haya atendido al paciente
- III. Documentos originales que comprueben la cantidad cuyo reembolso se solicita, debiendo incluir la descripción y desglose de todos los conceptos contenidos en el documento y señalando a favor de quien fue la atención.

**Artículo 12.-** Cuando al escrito inicial de reembolso le falte alguno de los datos o documentos previstos en los artículos 10 y 11 de este ordenamiento, el Subcomité o la Comisión según corresponda, requerirá al promovente por escrito y por una sola vez para que subsane la omisión dentro del término de tres días hábiles posteriores a la recepción de la prevención. Dicha prevención deberá hacerse dentro de los diez días posteriores a la

recepción del expediente de reembolso que haga el Subcomité o la Comisión según corresponda.

**Artículo 13.-**Las solicitudes de reembolso que formulen los empleados del servicio exterior mexicano, se sujetaran a las disposiciones contenidas en el Convenio y las Medidas Operativas celebradas ente el ISSSTE y la Secretaria de Relaciones Exteriores, dichas solicitudes se atenderán directamente en la Subdirección General Jurídica del ISSSTE.

## **CAPITULO SEGUNDO**

### **DE LOS INTERESADOS**

**Artículo 14.-** Tienen derecho a solicitar el reembolso en primer lugar el derechohabiente, en caso de fallecimiento de este, o bien que se encuentre en estado comatoso lo podrán hacer los beneficiarios registrados ante el Instituto, a falta de estos lo podrán hacer la esposa, esposo, ascendiente o descendiente del derechohabiente, previa acreditación con el acta correspondiente.

Los interesados podrán solicitar el reembolso a través de su representante o apoderado quien podrá participar en el procedimiento de reembolso, desistirse, renunciar a derechos e interponer recursos, notificarse y recoger documentos, tal carácter deberá acreditarse mediante carta poder firmada ante dos testigos o instrumento público.

**Artículo 15.-** En caso de que la petición de reembolso sea promovida por dos o más beneficiarios o familiares, tendrán la obligación de nombrar un representante común, en caso

de que no se haga tal designación, la autoridad tomara como promovente al primero de los firmantes.

### **CAPITULO TERCERO**

#### **DE LAS PRUEBAS**

**Artículo 16.-** Dada la naturaleza del procedimiento de reembolso, las unidades médicas institucionales involucradas y los solicitantes de reembolso únicamente podrán aportar las pruebas documentales que consideren pertinentes.

**Artículo 17.-** Las Unidades Médicas involucradas y los promoventes de solicitudes de reembolso están obligados a presentar sus pruebas al momento en que rindan su informe o al momento de la presentación de la solicitud, sin necesidad que medie requerimiento por parte de la Autoridad que conozca del caso

**Artículo 18.-** Se considerarán pruebas documentales las siguientes:

- I. Estudios de Laboratorio, de gabinete e histopatológico
- II. Resumen Médico
- III. Expedientes Clínicos
- IV. Hoja de registro diario de pacientes del servicio médico correspondiente al día que indique el promovente que acudió a la unidad médica institucional
- V. Notas, Recibos y Facturas en términos del artículo 11 fracción IV
- VI. Recetas medicas

Las pruebas antes citadas podrán ser presentadas en original o en copia certificada con excepción de la señalada en la fracción V que debe ser forzosamente en original, dichas

pruebas se desahogaran por su propia y especial naturaleza al momento de la emisión de la resolución.

**Artículo 19.-** Los medios de prueba aportados en el procedimiento de reembolso serán valorados en su conjunto atendiendo a la patología que presente cada caso, debiendo en todo momento la autoridad de exponer cuidadosamente los motivos, las razones, circunstancias especiales, así como los fundamentos legales que fueron tomados en cuenta para llegar a la conclusión emitida en la resolución.

#### **CAPITULO CUARTO**

#### **DE LA INTEGRACION DEL EXPEDIENTE DE REEMBOLSO**

**Artículo 20.-** La integración del expediente de reembolso estará a cargo de la Unidad, la que tendrá la encomienda de notificar a las unidades médicas involucradas a efecto de que envíen el o los expedientes clínicos y el o los informes médicos imparciales elaborados y firmados por el Director de la Unidad Médica Institucional y del Médico tratante. Dichos informes deberán ser remitidos a la unidad que haya practicado el requerimiento dentro del término de 8 días hábiles siguientes a la notificación.

**Artículo 21.-** En caso de que la Unidad Médica requerida previa comprobación de que fue notificada no envíe los documentos dentro del término que concede el artículo anterior, la Unidad dará vista al Organismo Interno de Control Delegacional que corresponda.

**Artículo 22.-** La Unidad remitirá el expediente de reembolso con los documentos que cuente para dictaminar a la Comisión o al Subcomité según sea al caso dentro del término de 10 días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la Solicitud de Reembolso.

**Artículo 23.-** Los Expedientes de Reembolso contarán con tres apartados que quedarán como sigue:

- a) Solicitud de reembolso y documentos que haya aportado el promovente.
- b) Oficio de requerimiento del informe médico, expediente clínico en copia simple, legible, con la leyenda manifiesto bajo protesta de decir verdad que las copias simples son copias fieles del original y todos los documentos aportados por la Unidad Médica Involucrada; y
- c) Resúmenes, análisis y opiniones formuladas para la elaboración del dictamen, y el dictamen final emitido por la autoridad responsable.

## **CAPITULO QUINTO**

### **DE LA TERMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

**Artículo 24.-** Pone fin al procedimiento de solicitud de reembolso:

- I. El dictamen emitido por el Subcomité o la Comisión
- II. El desistimiento
- III. La renuncia del Derechohabiente a su derecho al reembolso.

## **CAPITULO SEXTO**

### **DEL DICTAMEN**

**Artículo 25.-** Se tendrá por No Presentada la Solicitud de Reembolso cuando:



- I. No contenga la firma de quien promueve
- II. No se haya presentado dentro del término que señala el artículo 6 de este ordenamiento

**Artículo 26.-** Se tendrá por Desechada la Solicitud de Reembolso cuando:

- I. Le falte alguno de los datos o documentos señalados en los artículos 10 y 11 y siempre que no se desahogue la prevención que refiere el artículo 12 del presente ordenamiento

**Artículo 27.-** Será Improcedente, cuando no se acredite que existió por parte del Instituto alguna de las causales que refiere el artículo 1 de este ordenamiento:

**Artículo 28.-** Será Procedente Total o Parcial cuando se acredite la existencia de alguna de las causales señaladas en el artículo anterior.

La Procedencia Parcial se determinará con base en la justificación de atención por día en el medio extrainstitucional o bien en los casos que refiere el artículo siguiente

**Artículo 29.-** El presidente y el Secretario ejecutivo firmarán los dictámenes que emitan la Comisión o el Comité, por representatividad de los demás miembros que participaron en la sesión, sin este requisito el dictamen será nulo de pleno derecho, además se deberá imprimir el sello original de la autoridad que emita el acto.

Sin perjuicio de lo anterior, absolutamente todos los miembros de los órganos resolutores, firmarán el acta que se haya levantado en la sesión correspondiente.

**Artículo 30.-** El Comité y la Comisión emitirán la resolución correspondiente dentro del plazo de 90 días hábiles siguientes a la recepción oficial de la solicitud de reembolso respectiva que haya hecho la Unidad, dicha resolución deberá contener:

- a) Los datos de identificación y antecedentes del caso

b) Los razonamientos médico jurídicos aplicables al caso concreto, resultado de la valoración de los documentos que obren en el expediente y

Las conclusiones concretas que se deducen de las consideraciones médico-jurídicas

### **3.2.3 TITULO TERCERO DE LA COMPETENCIA**

#### **CAPITULO UNICO**

#### **DE LAS REGLAS PARA LA FIJACION DE LA COMPETENCIA**

**Artículo 31.-** La competencia de las Comisiones, del Subcomité y del Comité se determinara por la materia, la cuantía y el territorio.

**Artículo 32.-** La Dictaminación de Solicitudes de Reembolso corresponderá a la Comisión, cuando la petición no rebase el importe de 750 veces el salario Mínimo General Diario Vigente en el Distrito Federal, cuando la solicitud exceda de dicho monto corresponderá al Subcomité la Dictaminación.

Se denominara monto menor a las solicitudes de reembolso que no rebasen el tanto autorizado en el párrafo que antecede y monto mayor aquellas que excedan de dicha cantidad.

**Artículo 33.-** En ningún caso y por ningún motivo las Comisiones podrán dictaminar solicitudes de Reembolso cuyo domicilio del derechohabiente no se encuentre registrado dentro de su demarcación estatal y regional, o que excedan del monto antes indicado.

El Subcomité por su parte no podrá resolver solicitudes de reembolso que no rebasen la cuantía citada con anterioridad.

### **3.2.4 TITULO CUARTO DE LOS TERMINOS**

#### **CAPITULO UNICO**

#### **DE LA REGLAS PÁRA COMPUTAR LOS PLAZOS**

**Artículo 34.-** Los términos a que se refiere este ordenamiento se empezaran a contar desde el día siguiente a aquel en que se haya practicado la notificación o hubiere ocurrido el evento.

**Artículo 35.-**Dentro del procedimiento de solicitud de reembolso, no se consideran como días hábiles los sábados, los domingos, el 1 de enero, 5 de febrero, 21 de marzo, 1 y 5 de mayo, 1 y 16 de septiembre, 1 de octubre, 20 de noviembre, 1 de diciembre de cada seis años, cuando corresponda a la transmisión del Poder Ejecutivo Federal y 25 de diciembre.

**Artículo 36.-** Una vez concluidos los términos fijados en este ordenamiento, se tendrá por perdido el derecho para exhibir cualquier documento

**Artículo 37.-** Los plazos señalados en el presente ordenamiento, por ninguna causa se podrán prorrogar.

### **3.2.5 TITULO QUINTO DE LAS NOTIFICACIONES**

#### **CAPITULO UNICO**

#### **DE LAS REGLAS PARA NOTIFICAR**

**Artículo 38.-** Las notificaciones, requerimientos, y las resoluciones administrativas podrán realizarse:

- I. Personalmente con el interesado, a través de mensajero, correo certificado con acuse de recibo, servicio de mensajería y o fax.
- II. En los estrados de la Unidad que haya recibido la solicitud de reembolso. Siempre que no haya sido posible notificarle en cualquiera de las formas que señala la fracción que antecede, previa justificación del impedimento. En todo caso el Jefe de la Unidad colocará el oficio que contenga el acto que deba notificarse, lo pondrá a la vista del público por un termino de 6 días hábiles, debiendo elaborar las constancias de su exhibición y levantamiento, las que se integraran al expediente de solicitud de reembolso

Se tendrá como fecha de notificación la del levantamiento que haga constar el Jefe de la Unidad en el acta correspondiente

**Artículo 39-** La notificación deberá enviarse al domicilio del promovente en un plazo máximo de 10 días posteriores a la sesión en la que se emitió el dictamen.

### **3.2.6 TITULO SEXTO DEL RECURSO**

#### **CAPITULO UNICO**

#### **DEL RECURSO DE REVISIÓN**

**Artículo 40.-** Los promoventes que no estén conformes con el dictamen emitido por el Subcomité o la Comisión podrán interponer cuando así lo juzguen conveniente el Recurso de Revisión o intentar las vías judiciales que correspondan.

En caso de que opten por presentar el Recurso de Revisión, éste se presentará y se ventilará en la forma y los términos que establece el TITULO SEXTO de la Ley Federal del Procedimiento Administrativo relativo al recurso de revisión y será resuelto por el Comité.

### **3.2.7 TITULO SEPTIMO DE LOS ORGANOS COLEGIADOS**

#### **CAPITULO PRIMERO**

#### **DE LA INTEGRACIÓN DEL COMITÉ, SUBCOMITE Y DE LA COMISIÓN**

**Artículo 41.-** El Comité estará Integrado de la siguiente forma:

- I. Presidente: El Subdirector General Jurídico o Servidor Público a quien delegue esta función
- II. Secretario Ejecutivo: El Jefe de Servicios al Derechohabiente dependiente de la Subdirección de Atención al Derechohabiente
- III. Vocales: Un representante de la Secretaría de Salud; un representante de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social; un representante de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado;
- IV. Asesor: Un representante de la Subdirección de lo Consultivo
- V. Invitado: Un representante de la Contraloría

El Comité sesionará de manera ordinaria cada vez que sea necesario. El Presidente, el Secretario Ejecutivo y los Vocales tendrán derecho a voz y voto; en caso de empate el Presidente tendrá voto de calidad; el Asesor y el Invitado tendrán derecho a voz pero no a voto.

**Artículo 42-** El Comité tendrá las siguientes atribuciones:

- I. Analizar y resolver el recurso de revisión
- II. Notificar al inconforme el resultado recaído a su recurso

- III. Proponer al Director General del Instituto, las medidas preventivas y correctivas para abatir las causas que originan las solicitudes de reembolso
- IV. Dar vista al Organo, cuando se presuma responsabilidad de servidores públicos del Instituto;
- IV. Evaluar y supervisar el trabajo de las Comisiones Delegacionales y del Subcomité.
- V. Elaborar y proponer el Manual de Integración y Funcionamiento del Comité, así como el de Procedimientos para el Trámite de Solicitudes de Reembolso por la Prestación de Servicios Médicos Extrainstitucionales, con apego a lo establecido en el presente Reglamento;

**Artículo 43-** El Subcomité de Dictaminación de Solicitudes de Reembolso, estará integrado de la siguiente forma:

- I. Presidente                                      Jefe del Departamento de Dictaminación Médica
- II. Secretario                                      Al servidor público que designe el Presidente del Técnico:                                      Subcomité y que cubra el perfil de Médico
- III. Vocales:                                      Un representantes de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado, un representante de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, un representante de la Secretaría de Salud;
- IV. Asesor:                                      El representante de la Subdirección de lo Consultivo
- V. Invitado                                      Un representante del Organo Interno de Control

El Subcomité sesionará de manera ordinaria por lo menos una vez a la semana, y de manera extraordinaria las que sean necesarias. El Presidente, el Secretario Ejecutivo y los Vocales tendrán derecho a voz y voto; en caso de empate el Presidente tendrá voto de calidad; el Asesor y el Invitado tendrán derecho a voz pero no a voto.

**Artículo 44.-** El Subcomité tendrá las siguientes atribuciones:

- I. Analizar y dictaminar las solicitudes de reembolso que excedan de la cuantía señalada en el artículo 33 de este ordenamiento.
- II. Notificar al solicitante el dictamen recaído a la solicitud de reembolso;
- III. Informar semestralmente al Comité los resultados de su actuación;
- IV. Proponer al Comité, las medidas preventivas y correctivas, para abatir las causas que originan las solicitudes de reembolso;
- V. Dar vista al Organismo Interno de Control, cuando se presuma responsabilidad de los servidores públicos del Instituto;

**Artículo 45-** La Comisión estará integrada de la siguiente manera

- I. Presidente: Delegado Estatal o Regional del Instituto
- II. Secretario Ejecutivo: Jefe de la Unidad
- III. Vocales: Un representante de la Subdelegación Médica; dos representantes de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado; un representante de la Secretaría de Salud, tratándose del Distrito Federal, o su equivalente en las demás Entidades Federativas,
- IV.- Asesor El Jefe de la Unidad Jurídica
- V.- Invitado El Titular del Organismo Interno Delegacional.

La Comisión sesionará de manera ordinaria por lo menos dos veces al mes, y de manera extraordinaria las que sean necesarias. El Presidente, el Secretario Ejecutivo y los Vocales tendrán derecho a voz y voto, en caso de empate el Presidente tendrá voto de calidad; el Asesor y el invitado tendrán derecho a voz pero no a voto

**Artículo 46.-** La Comisión tendrá las siguientes atribuciones

- I. Analizar y dictaminar las solicitudes de reembolso de monto menor;
- II. Solicitar, en su caso, la opinión de la Subdelegación Médica, para la dictaminación correspondiente;
- III. Notificar al solicitante el dictamen recaído a la solicitud de reembolso;
- IV. Informar semestralmente al Comité los resultados de su actuación;
- V. Proponer al Delegado las medidas preventivas y correctivas, para abatir las causas que originan las solicitudes de reembolso;
- VI. Dar vista al Órgano Interno Delegacional

## **CAPITULO SEGUNDO**

### **DE LA SUSTITUCION DE LOS MIEMBROS**

**Artículo 47.-** En caso de ausencia justificada del Presidente del Comité, de la Comisión o del Subcomité, el Secretario Ejecutivo en cada caso fungirá como Presidente Sustituto.

Cada vocal de cualquiera de los tres órganos nombrará un suplente el cual lo sustituirá en sus faltas temporales.

**Artículo 48.-** En caso de ausencia justificada del Secretario Ejecutivo del Comité o de la Comisión, o del Secretario Técnico del Subcomité cada órgano según corresponda nombrará libremente a un sustituto.



### **3.2.8 TITULO OCTAVO DE LAS RESPONSABILIDADES DE LOS INTEGRANTES DE LOS ORGANOS COLEGIADOS**

#### **CAPITULO UNICO**

#### **DE LAS RESPONSABILIDADES**

**ARTICULO 49.-** La Secretaría de la Función Pública, por conducto de los Organos Internos de las dependencias a las que pertenezcan los miembros de los Organos Colegiados podrán constituir las responsabilidades que procedan, con base en la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y del Reglamento de la Secretaría de la Función Pública

**ARTICULO 50.-** Las irregularidades que afecten el patrimonio del ISSSTE se harán constar por escrito que deberá ser enviado al Organo Interno de la Dependencia a la que se encuentre adscrito el Servidor público, para que se lleve a cabo la investigación correspondiente de conformidad con la Ley citada con anterioridad.

## CONCLUSIONES

Primera.- La creación del ISSSTE trajo como consecuencia beneficios en el ámbito de la Seguridad Social toda vez que los trabajadores al servicio del estado se incorporaron a un régimen que les ofrecía un sistema mas completo en este ámbito, obteniendo con ello beneficios que son: de orden económico, social, cultural y de servicios médicos

Segunda.- El crecimiento desproporcionado entre la infraestructura del ISSSTE y la población derechohabiente, amén de la lentitud con la que ha ido creciendo el primero y el acelerado crecimiento de los segundos, ha generado como consecuencia lógica insuficiencia y mala calidad en el otorgamiento de las diversas prestaciones y sobre todo los servicios médicos.

Tercera.- Derivado de los constantes incumplimientos, o por la mala atención médica otorgada en el ISSSTE, se creó el procedimiento de reembolso con la finalidad de que los derechohabientes que acudan al medio extrainstitucional en busca de atención médica se les reintegre lo que hayan gastado en su atención.

Cuarta.- El procedimiento de reembolso, instrumentado en el Reglamento para el Trámite de Solicitudes de Reembolso por la Prestación de Servicios Médicos Extrainstitucionales del ISSSTE, presenta múltiples deficiencias procedimentales y no garantiza a los derechohabientes que la resolución que emitirán los órganos colegiados será en estricto apego a derecho.

Quinta.- El actual procedimiento de reembolso es excesivamente largo, causando con ello verdaderos perjuicios al derechohabiente, ya que en aquellos casos en los que el Comité Técnico de Dictaminación de Solicitudes de Reembolso falle el dictamen definitivo en contra de los intereses de algún derechohabiente, éste debe acudir a las vías judiciales en busca de una alternativa de solución imparcial y mas justa a su problema.

Sexta.- El nuevo Reglamento de Reembolsos, garantizará a los derechohabientes un procedimiento más acorde a la realidad jurídica mexicana, cumpliendo con todas las fases que debe contener todo procedimiento; haciéndolo mas corto, estableciendo reglas claras y precisas que el anterior no contemplaba, y que sin duda causaron graves perjuicios a los solicitantes de reembolso.

## BIBLIOGRAFIA

- **ACOSTA ROMERO, Miguel**  
**DERECHO ADMINISTRATIVO ESPECIAL**  
Volumen I  
Tercera edición  
Editorial Porrúa, S.A.  
México, 1998  
p.p. 902
- **ACOSTA ROMERO, Miguel**  
**DERECHO ADMINISTRATIVO ESPECIAL**  
Volumen II  
Editorial Porrúa, S.A.  
México, 1999  
p.p. 778
- **BAZDRESCH, Luis**  
**EL JUICIO DE AMPARO CURSO GENERAL**  
Editorial Trillas  
México, 1992  
p.p. 384
- **BRISEÑO SIERRA, Humberto**  
**ESTUDIOS DE DERECHO PROCESAL**  
Volumen II  
Cárdenas editor y distribuidor  
México, 1980  
p.p. 761
- **BURGOA ORIHUELA, Ignacio**  
**LAS GARANTIAS INDIVIDUALES**  
Trigésimo cuarta edición  
Editorial Porrúa, S.A.  
México, 1995  
p.p. 814
- **DE PINA VARA, Rafael**  
**DICCIONARIO DE DERECHO**  
Décima edición  
Editorial Porrúa  
México, 1981  
p.p. 500
- **DORANTES TAMAYO, Luis**  
**ELEMENTOS DE TEORIA GENERAL DEL PROCESO**  
Tercera edición  
EDITORIAL PORRUA  
México, 1990  
p.p. 399

- **FRAGA, Gabino**  
**DERECHO ADMINISTRATIVO**  
 41 edición  
 Editorial Porrúa, S.A.  
 México, 2001  
 p.p. 506
- **MARTINEZ MORALES, Rafael I.**  
**DERECHO ADMINISTRATIVO PRIMERO Y SEGUNDO CURSO**  
 Segunda edición  
 Editorial Harla  
 México, 1994  
 p.p. 316
- **MATEOS ALARCON, Manuel**  
**LAS PRUEBAS EN MATERIA CIVIL, MERCANTIL Y FEDERAL**  
 Cárdenas editores y distribuidor  
 Primera reimpresión  
 México, 1991  
 p.p. 694.
- **RABASA, Emilio**  
**EL ARTICULO 14 Y EL JUICIO CONSTITUCIONAL**  
 Cuarta edición  
 Editorial Porrúa, S.A.  
 México, 1997  
 p.p. 353
- **ROJINA VILLEGAS, Rafael**  
**COMPENDIO DE DERECHO CIVIL, TEORIA GENERAL DE LAS OBLIGACIONES**  
 Editorial Porrúa, S.A.  
 México, 1997  
 p.p. 543
- **SANCHEZ GOMEZ, Narciso**  
**PRIMER CURSO DE DERECHO ADMINISTRATIVO**  
 Editorial Porrúa, S.A.  
 México, 1998  
 p.p. 506
- **SANCHEZ GOMEZ, Narciso**  
**SEGUNDO CURSO DE DERECHO ADMINISTRATIVO**  
 Editorial Porrúa, S.A.  
 México, 1998  
 p.p. 518

- **SANCHEZ PICHARDO, Alberto C.**  
**LOS MEDIOS DE IMPUGNACIÓN EN MATERIA ADMINISTRATIVA**  
Segunda edición  
Editorial Porrúa, S.A.  
México, 1999  
p.p. 730

## **LEGISLACION**

- **CONSTITUCIÓN POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**
- **LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**
- **LEY FEDERAL DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO**
- **LEY FEDERAL DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL**
- **LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PUBLICOS**
- **LEY FEDERAL DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO**
- **LEY GENERAL DE SALUD**
- **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL COMITÉ TECNICO DE QUEJAS MEDICAS**
- **REGAMENTO PARA EL TRAMITE DE SOLICITUDES DE REEMBOLSO POR LA PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS EXTRAINSTITUCIONALES**
- **REGLAMENTO DE SERVICIOS MEDICOS DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO**