



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE DERECHO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PERSPECTIVA ADMINISTRATIVA DEL SEGURO SOCIAL A
CARGO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN DERECHO

ADMINISTRATIVO

P R E S E N T A:

LIC. MARIA DE LOURDES PERALTA MATOUK

ASESOR: DR. JORGE FERNANDEZ RUIZ



MÉXICO, D.F.

2009



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.

A mi gran amor y maestro, mi hijo Guillermo Miguel (qepd), que me enseñó de lo que soy capaz.

Al Doctor Jorge Fernández Ruiz, extraordinario maestro y abogado por su guía incondicional y apoyo para la terminación de esta tesina, sueño de toda mi vida.

A mi primo, el Arquitecto Luis Matouk Matuk, cuya mano amorosa me cubrió ante el reto más intenso y doloroso de mi vida.

Al Arquitecto Jaime Latapí López y al Doctor Jorge Ruiz de Esparza, amigos entrañables y apoyos insustituibles.

A la Universidad Pontificia de México y especialmente al Dr. Alfredo Vargas Alonso, por su confianza y apoyo.

Indice

Tema	página
Introducción	1
I. Conceptos fundamentales	4
1. Seguridad Social y Seguro Social.	4
2. Vinculación del Sistema Seguridad Social con el de Asistencia Social, el de Desarrollo Social y el de Salud.	12
3. Referencia en algunos Instrumentos Internacionales	17
II. Generalidades del Instituto Mexicano del Seguro Social	22
1. El Instituto Mexicano del Seguro Social como prestador de servicio público. Definición, características y prestaciones.	22
2. El Instituto Mexicano del Seguro Social como: organismo descentralizado. Definición, características y facultades.	26
3. El Instituto Mexicano del Seguro Social como: organismo fiscal autónomo. Definición, características y facultades.	38
4. Órganos de Gobierno. Facultades.	50
5. Estructura Orgánica. Delegaciones.	51
6. Facultades Materialmente Legislativas	52
7. Análisis de las diversas relaciones jurídicas que se fincan con el Instituto Mexicano del Seguro Social.	53
III. Características del servicio público del Seguro Social a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social desde la Ley de 1943 hasta el 2008.	56
1. Definición y Características del Servicio Público del	

Seguro Social	56
2. Regímenes	61
3. Seguros	64
4. Prestaciones	68
5. Financiamiento	78
6. Distorsiones	82
IV. Inserción del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Sistema Nacional de Salud.	83
1. Antecedentes	83
2. Conceptos Fundamentales en la Ley General de Salud	84
3. Datos de cobertura de población y servicios, infraestructura en salud, extensión y contenido del derecho de los usuarios.	96
4. Referencia en la asignación presupuestal a salud y seguridad social en 1943, 1973, 1997 y 2008.	107
5. Referencia en planes de desarrollo e informes de gobierno en materia de salud y seguridad social 1943, 1973, 1997 y 2007	107
Anexo A del Capítulo IV	115
Anexo B del Capítulo IV	120
Anexo C del Capítulo IV	121
Anexo D del Capítulo IV	129
Conclusiones y Propuestas	132
Bibliografía	136

Introducción

El Seguro Social como tal surge en nuestro país a partir de 1943 ante una tendencia internacional emanada como respuesta a los estragos de las Guerras Mundiales. Indudablemente eventos desastrosos hacen que salga lo mejor y lo peor de los seres humanos. El espíritu de solidaridad que permeó las instituciones emanadas de estos eventos trágicos han permitido un gran avance en los sectores desprotegidos de la sociedad. No obstante nuestro país tuvo la tendencia a estructurarlo con antelación, no fue sino hasta ese año de 1943 en donde los diversos esfuerzos culminaron con una Ley.

La Primera Ley del Seguro Social se publicó en el Diario Oficial de la Federación de fecha 19 de enero de 1943 y constaba de 142 artículos distribuidos en diez capítulos. Esta Ley fue abrogada por la Ley de 1973 que se publicó en el Diario Oficial de la Federación de fecha 12 de marzo de 1973 y entró en vigor el 1ero de abril de ese mismo año; constaba de 284 artículos distribuidos en siete títulos, algunos de los cuales se dividían en diversos capítulos. Finalmente, la Ley vigente se publicó en el Diario Oficial de la Federación de fecha 21 de diciembre de 1995 y consta de 319 artículos distribuidos en seis títulos, algunos de los cuales se dividen en diversos capítulos. Cabe señalar que la Ley vigente entró en vigor hasta el 1 de julio de 1997 ya que requirió la emisión de normativa y la creación de estructuras para su implementación aunque conservó muchas de las disposiciones contenidas en la Ley de 1973.

La perspectiva administrativa de la Seguridad Social y el Seguro Social a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social es por demás compleja ya que convergen criterios en materia Financiera, del Trabajo, de Derechos Humanos, Fiscal y propiamente la estructural y funcional del Seguro Social. Tradicionalmente los estudios sobre la materia se han realizado desde la perspectiva del Derecho Social, como un logro de la clase trabajadora, pues incluso el fundamento

constitucional descansa en el artículo 123, en sus apartados A y B de manera diferenciada, que son el sustento del Derecho del Trabajo y Burocrático respectivamente. Sin embargo la dimensión del Seguro Social y más de la Seguridad Social, rebasa por mucho los criterios de justicia social. Desde el punto de vista administrativo, el Seguro Social, como expresión inicial de un Sistema Integral como sería el de Seguridad Social, responde a una etapa primaria de evolución histórica, cultural y económica de una sociedad determinada. Las estructuras que se desarrollan y las relaciones jurídicas que se fincan en virtud de esas estructuras, deben analizarse concienzudamente para determinar su contenido y alcance y así, cuando se proponga una modificación, esta responda a las necesidades y problemas planteados por la realidad histórica.

Con el presente estudio se busca brindar al lector una visión panorámica del Seguro Social a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social como servicio público nacional, de su estructura, prestaciones y mecanismos de financiamiento correspondientes. Se pretende poner de manifiesto mediante el análisis documental, que desde la publicación de la primera Ley en 1943, el Seguro Social fue un servicio público nacional prestado por un organismo público descentralizado. El carácter de organismo fiscal autónomo se le atribuyó posteriormente al Instituto ante las deficiencias del Sistema Judicial para que la institución pudiera hacer efectivos los cobros de cuotas como títulos ejecutivos, que era el carácter que tenían las cuotas originalmente. De esta manera el Derecho Fiscal comenzó a tener un rol importante en materia del Seguro Social a cargo del Instituto y posteriormente, cuando se detectó el manejo que se podía hacer con los recursos y por ende, los riesgos a que se había sometido ese manejo, se fue dando cabida al Derecho Financiero dentro del Seguro Social hasta que, con la Ley vigente y la participación activa del sector financiero mexicano, la aplicación de la normativa en esta materia financiera es intensa. Ahora bien, no obstante que las prestaciones en especie de un ramo de aseguramiento son tan sólo parte de los servicios que presta el Instituto directa o indirectamente como consecuencia de un siniestro, el énfasis del rol como

prestador directo de servicios de salud adquirió, desde el principio, papel preponderante y se ha mantenido hasta la fecha en virtud de la población amparada, la infraestructura de servicios y número de camas con que cuenta el Instituto dentro del Sistema Nacional de Salud.

De la breve exposición de la institución, facultades de que esta investida, servicios que presta y relaciones jurídicas que se fincan, se pretende destacar la necesidad de nuevos estudios que desde la perspectiva administrativa profundicen en la problemática de los diversos sistemas que de manera directa o indirecta, y en ocasiones desarticulada, se han institucionalizado para la protección de los medios de subsistencia y la salud en los Estados Unidos Mexicanos.

La decisión de qué tipo de estructura administrativa sea la que preste el servicio público de la seguridad social debe tomar en consideración múltiples factores que permitan la estabilidad financiera pero sin vulnerar los principios de seguridad y certidumbre jurídicas de los sujetos involucrados. Es así como este breve análisis del seguro social a cargo del Instituto permite comprender de manera inicial el tipo de servicio público de que se trata, ubicando los sujetos involucrados como sujetos pasivos o activos de las diversas relaciones jurídicas que se generan en virtud de la estructura administrativa y las facultades de que está investida la institución para cumplir el fin para el que fue creada.

I. Conceptos fundamentales.

1. Seguridad Social y Seguro Social.
2. Vinculación del Sistema de Seguridad Social con el de Asistencia Social, el de Desarrollo Social y el de Salud.
3. Referencia en algunos Instrumentos Internacionales

1 . Seguridad Social y Seguro Social.

A partir de la Ley del Seguro Social de 1973, se hace referencia a Seguridad Social, Seguro Social y a Instituto Mexicano del Seguro Social. Los tres términos son diferentes y por lo tanto es recomendable conocer el contenido y alcance de cada uno. En ocasiones y por falta de claridad técnica se usan como sinónimos sin serlo. Desde la perspectiva administrativa, la referencia a cada uno de estos términos tiene consecuencias de importancia.

Es así como se debe destacar que no se tiene en la legislación nacional o internacional, una definición como tal de "Seguridad Social. En la Ley del Seguro Social de 1973, no existe una definición aunque sí la referencia a su finalidad de garantía. De esta manera, el texto del artículo 2 del citado ordenamiento establece que

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

Del análisis del texto se pueden hacer las siguientes observaciones:

la finalidad es

1. Garantizar el derecho a:
 - a) la salud

- b) la asistencia médica
- c) la protección de los medios de subsistencia y
- d) los servicios sociales que sean necesarios para el bienestar individual y colectivo

Lo que resulta un tanto curioso, es que, por la redacción, pareciera que la garantía del derecho a la salud fuera diferente a la garantía de la asistencia médica. En este sentido la Ley General de Salud reglamentaria del Artículo 4 Constitucional ubica dentro del Derecho a la Salud, entre otros aspectos, la asistencia médica.

Adicionalmente el mismo artículo sobre Seguridad Social agrega que también está dentro de la finalidad de la Seguridad Social el garantizar *“el otorgamiento de una pensión que en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado”* siendo que cuando se habla de la protección de los medios de subsistencia se puede considerar de manera implícita, el otorgamiento de las diversas prestaciones en dinero, como son subsidios y pensiones, incluyendo la pensión garantizada por el Estado. Pareciera pues que la garantía de la protección de los medios de subsistencia fuera diferente al otorgamiento de una pensión garantizada por el Estado y no es tal.

Por su parte, el artículo 3 se refiere a la realización de la Seguridad Social. En este caso queda claramente reflejada la convergencia de diversos sujetos prestadores. De esta manera dicha norma asienta en su texto que

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

El análisis de este texto puede esquematizarse de la siguiente manera:

La realización de la seguridad social está a cargo de

- a) Entidades “O” Dependencias públicas ,
- b) federales “O” locales
- c) “Y” de organismos descentralizados.

En este sentido caben las siguientes interrogantes:

- a) La realización de la seguridad social a la que se refiere la Ley del Seguro Social trasciende a las otras esferas burocrática y militar y a ellas se refiere esta Ley?
- b) Pueden existir entidades o dependencias que no sean públicas?
- c) Se podría considerar que los organismos descentralizados son diversos a las entidades?

Se considera que la respuesta a la primera interrogante es afirmativa. La Seguridad Social a la que se refiere la Ley del Seguro Social reglamentaria de la fracción XXIX del Apartado “A” del Artículo 123 Constitucional sí es respecto a un sistema integral que trasciende, por mucho, a ese apartado “A” y se hace extensivo a todos los sectores de la población.

Se considera que dentro de todo ese universo de la Seguridad Social, están los Seguros Sociales y dentro de estos está el que está a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social. Es común que en ciertos discursos se haga referencia a la Seguridad Social Mexicana y hay quien se refiere a ella como un sistema. La Real Academia Española define al Sistema como el *“conjunto de cosas relacionadas entre sí que ordenadamente contribuyen a determinado objeto.”*¹ En ese sentido se coincide con quienes se refieren a la Seguridad Social como un Sistema con la

¹ Sitio oficial de la Real Academia Española. <http://www.rae.es/rae.html>.

finalidad antes descrita y que se integra por el conjunto de Seguros Sociales atomizados.

Es así como doctrinariamente el Licenciado Juan Antonio Peralta Valdés define a la Seguridad Social como un *“Sistema en el cual todos los habitantes del país se encuentran protegidos independientemente de su situación jurídica”*² diferenciándola del Sistema de Seguro Social que considera es el mexicano y del que manifiesta es el que *“se aplica obligatoriamente a las personas que se encuentran en alguna de las situaciones jurídicas que la ley establece como hecho generador de la obligación de aseguramiento y solamente a esas personas”*³. Por su parte el Lic. Javier Moreno Padilla sostiene que *“La seguridad social emerge de la previsión social, que el doctor Mario de la Cueva define como la proyección de las necesidades presentes en el futuro, al aseguramiento para el futuro de las condiciones en que se desarrolla en el presente la existencia. La seguridad social inicialmente buscó proteger al empleador, pero en la actualidad deberá atender a todos los económicamente débiles.”*⁴ Cabe señalar que en cuanto a la atención de todos los económicamente débiles a que se refiere el Lic. Moreno Padilla, esto más bien cae dentro del denominado Sistema de Asistencia Social con el cual se toca y en ocasiones empalma el de Seguridad Social. Finalmente y desde una perspectiva eminentemente administrativa el Doctor Jorge Fernández Ruiz define a la Seguridad Social como el *“servicio público cuya prestación no sólo satisface una necesidad de carácter general sino que, además, permite hacer efectivo el derecho humano contenido en el artículo 22 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.”*⁵

² Peralta Valdés Juan Antonio. *Seguridad Social. Notas de clase*. Escuela Libre de Derecho. México. Curso 1976-1977. p8

³ idem

⁴ Moreno Padilla Javier. *Ley del Seguro Social*. Editorial Trillas. México 1995. p33

⁵ Fernández Ruiz Jorge. *Derecho Administrativo (Servicios Públicos)*. Editorial Porrúa. Universidad Nacional Autónoma de México. México 1995. p337

En este sentido, la Organización del Trabajo hace también el trato distintivo de Seguridad Social y Seguro Social e incluso, desde hace varios años los organismos internacionales se refieren a Protección Social e incluso Desarrollo Humano. Este último concepto de Desarrollo Humano ha sido fundamentalmente reconocido por las Naciones Unidas para centrarse más en el ser humano que en los indicadores económicos o de riqueza y lo define como la *“libertad que gozan los individuos para elegir entre distintas opciones y formas de vida. Los factores fundamentales que permiten a las personas ser libres en ese sentido, son la posibilidad de alcanzar una vida larga y saludable, poder adquirir conocimientos individual y socialmente valiosos, y tener la oportunidad de obtener los recursos necesarios para disfrutar un nivel de vida decorosos”*.⁶ Los demás términos señalados (Seguridad Social, Seguro Social y Protección Social) sí han sido definidos por la Organización Internacional del Trabajos de manera que desde finales del siglo XX señalaba que *“Uno de los hechos capitales del desarrollo social en el siglo XX ha sido el establecimiento de sistemas de seguro social a principios de siglo, su transformación subsiguiente en sistemas generalizados de seguridad social y su conversión más reciente en sistemas casi universales de protección social.... A principios de siglo, los gobiernos de los países industrializados dieron un apoyo activo al establecimiento de sistemas de seguro social que permitieron a los trabajadores y a sus familiares protegerse contra muchos riesgos y azares sociales y les proporcionaron un apoyo monetario cuando ya no estaban en condiciones de seguir trabajando, ... Pero esos planes iniciales no amparaban a todas la categorías profesionales y el nivel y duración de las prestaciones eran limitados. Tenían que financiarse por sí mismos a partir de aportaciones individuales; las prestaciones y el derecho a percibirlas dependían del historial del interesado en materia de empleo y cotizaciones, y el respaldo global del Estado no era muy grande. A mediados del siglo, y en particular después de la Segunda Guerra Mundial, tales planes cedieron el paso a unos sistema de seguridad social mucho más completos, que se caracterizaban por un*

⁶ Página web del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD-México. <http://www.undp.org.mx/desarrollohumano/>

mayor grado de solidaridad ente jóvenes y viejos, empleados y desempleados, sanos y enfermos. Se extendió la cobertura a todas las categorías profesionales, y el Estado asumió la responsabilidad plena o parcial de la financiación de los regímenes que no se basaban ya en un criterio riguroso de cotizaciones y pasivos. Se elevaron la cuantía de las prestaciones y el número de eventualidades o riesgos cubiertos. Las cotizaciones siguieron siendo un parámetro importante para determinar las prestaciones pagaderas, pero sólo globalmente. En época más reciente, es decir, en los treinta o cuarenta años últimos, se ha ampliado aún más el concepto de seguridad social, de tal suerte que el sistema de protección resultante proporciona un apoyo social básico y generalizado a todos los ciudadanos, independientemente de su historial en materia de empleo y de cotizaciones, si bien estos factores no han perdido importancia para el cálculo de la cuantía de ciertas prestaciones por encima el mínimo básico. Esto ha permitido al Estado ofrecer una ayuda monetaria a los individuos en función de sus necesidades, y no de los derechos adquiridos, y ha facilitado la prestación de asistencia médica a toda la población. En esas nuevas estructuras se tiende a que el Estado fije la cuantía de las prestaciones en relación con las necesidades y no con los derechos adquiridos, y la cotización ha pasado a ser la variable dependiente, indiferenciable a menudo de los impuestos generales por sus repercusiones.”⁷

En virtud de las anteriores definiciones y comentarios se puede señalar que la Seguridad Social:

- Es un Sistema
- Desplegado como un servicio público
- Cuya finalidad es, entre otras, minimizar los riesgos de la inseguridad a la que se enfrenta el individuo

⁷ Organización Internacional del Trabajo, El Seguro Social y la Protección Social. Memoria del Director General, Oficina Internacional del Trabajo, Conferencia Internacional del Trabajo, 80ª reunión, Suiza 1993 p1

- Bajo los principios de solidaridad y subsidiariedad
- Como un derecho humano

Luego entonces, las características señaladas para la Seguridad Social son aplicables al Seguro Social ya que la diferencia entre uno y otro es cuestión de grado, de amplitud de protección, tanto por las eventualidades que generan inseguridad, por el mecanismo de financiamiento, el hecho generador de la protección y por la población amparada. Es así como estamos ante conceptos similares pero que no son lo mismo. Pero además de una cuestión de grado, es de sustancia, ya que el fundamento básico de la generación del derecho a la protección en la Seguridad Social es otro que la cotización como lo es en el Seguro Social. Sigue siendo un esquema de aseguramiento pero basado fundamentalmente en la necesidad del sujeto y no de sus aportaciones. Es así como la Organización Internacional del Trabajo completaba su postura comentando que *“El concepto de seguridad social definido en esos instrumentos internacionales (se refería al Convenio 102 que se comentará posteriormente) nació de la definición más limitada del seguro social formulada a principios de siglo, con arreglo a la cual el derecho a las prestaciones estaba más directamente ligado al historial de la persona asegurada en lo tocante a su empleo y a sus cotizaciones, por lo que eran menores la cobertura y la cuantía de las prestaciones. Era imprescindible estar en condiciones de cotizar para poder acogerse a esos regímenes, razón por la cual la participación se limitaba de hecho a los hombres que trabajaban a tiempo completo (y a sus familiares). El principio cardinal consistía en que habían de repartirse entre todos los cotizantes (inicialmente con carácter voluntario) los riesgos sociales identificables, haciendo hincapié en la evaluación actuarial de los derechos a prestaciones. Casi todos esos sistemas se basaban en la autofinanciación plena, y el Estado, aunque ofrecía las garantías necesarias para su viabilidad, aportaba muy poco o nada con cargo a los ingresos fiscales generales. Poco a poco se dio mayor holgura a esas condiciones, al irse transformando los regímenes de seguro social en auténticos programas de seguridad social. Lo más notable de semejante transición fue la*

sustitución de unos regímenes plenamente financiados con cotizaciones por una financiación más general, basada en el equilibrio entre los gastos y los ingresos y en la participación obligatoria de categorías especificadas de trabajadores. Se mantuvo la vinculación entre las prestaciones y las cotizaciones, pero sólo en un plano global. Esto permitió centrarse más en la universalidad de la cobertura y en la fijación de prestaciones más estrechamente relacionadas con las necesidades que con las cotizaciones ya abonadas, lo cual trajo consigo una mayor solidaridad entre las diferentes categorías económicas y sociales...»⁸

Aunque en el texto formal de la Ley se hace referencia a Seguridad Social, así como en los discursos políticos y en los informes que se envían en virtud del Convenio 102, México dista mucho de encontrarse en el supuesto de la Seguridad Social y mucho menos de la Protección Social ya que el sistema continúa basándose en un esquema de aseguramiento obligatorio derivado de la relación laboral sujeto a cotizaciones y períodos de espera establecidos según cada seguro específico y la protección a los familiares está condicionada a la cotización del trabajador asegurado. Se hacen alusiones al Seguro Popular y otros esquemas de protección pero no dentro de la Seguridad Social ni complementarios a los Seguros Sociales. Tal es el caso de la Asistencia Social y el Desarrollo Social así como el Sistema de Salud. En algunos países la Asistencia Social forma parte de lo que denominan “Social Security”, pero tal no es el caso de los Estados Unidos Mexicanos.

No obstante lo anterior e intentando armonizar el vocabulario, podríamos señalar que aunque nuestro país cuenta con un Sistema de Seguros Sociales atomizados dentro de un gran Sistema de Seguridad Social (aunque sea con carácter meramente formal), este Sistema de Seguridad Social se vincula con otros Sistemas para intentar dar respuesta a la problemática de la inseguridad social.

⁸ Organización Internacional del Trabajo. Ibidem p51

De esta manera se puede señalar que el denominado Sistema de Seguridad Social (en lo sucesivo el “Sistema”) se relaciona con el Sistema Nacional de Salud, el Sistema de Asistencia Social y el Sistema Nacional de Desarrollo Social, desafortunadamente, todos ellos actuando de manera desarticulada entre sí y que a veces conlleva a duplicidad de prestaciones y otras a la carencia de protección para un cierto sector de la población.

2 . Vinculación del Sistema de Seguridad Social con el de Asistencia Social, el de Desarrollo Social y el de Salud.

En cuanto a la vinculación del Sistema con el denominado Sistema de Asistencia Social, se puede destacar que éste último se contempla en la Ley de Asistencia Social publicada en el Diario Oficial de la Federación de fecha 2 de septiembre de 2004 y que entró en vigor al día siguiente de su publicación. Esta ley abrogó a la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social del 9 de enero de 1986. En este sentido hay que destacar que la materia de asistencia social se desprende de la Ley General de Salud como materia de salubridad general⁹ y esta definida como *“el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión, desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva”*.¹⁰ Este sistema tiene un carácter concurrente pero el llamado Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada¹¹ esta coordinado por un organismo público descentralizado denominado Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia¹² y dentro de los integrantes del Sistema se encuentra a las Secretarías de Salud y de Desarrollo Social.¹³ Pareciera pues que

⁹ Ley General de Salud Artículo 3 fracción XVIII

¹⁰ Ley de Asistencia Social Artículo 3 y 167 de la Ley General de Salud

¹¹ Ley de Asistencia Social Artículo 22 y siguientes

¹² Artículo 27 de la Ley de Asistencia Social

¹³ Artículos 22 incisos a y b de la Ley de Asistencia Social

en mucho, el concepto de Protección Social que acogía la Organización Internacional del Trabajo se vincula más con el concepto de Asistencia Social que con el de Seguridad Social, sin embargo, hay que destacar que en el Sistema de Asistencia Social, el otorgamiento de las prestaciones son una dádiva del Estado sujeta a posibilidades presupuestales, no hablamos en ningún momento de que el individuo en estado de necesidad tenga “derecho” a exigir ciertas prestaciones, sino simplemente el Estado (o los particulares en su caso) hace lo que presupuestalmente se puede para aliviar la necesidad del desvalido y reinsertarlo en la sociedad. El punto del “derecho” a las prestaciones y su exigibilidad por el sujeto activo es esencial para distinguir el Seguro Social, la Seguridad Social y la Protección Social por un lado, de la Asistencia Social por el otro.

En cuanto a la relación del Sistema con el Sistema Nacional de Desarrollo Social¹⁴ podemos citar, inicialmente, que este último es muy reciente pues fue creado mediante la Ley General de Desarrollo Social publicada en el Diario Oficial de la Federación de fecha 20 de enero de 2004 y que entró en vigor al día siguiente de su publicación. Curiosamente la ley no define qué se entiende por desarrollo social además de que la materia como tal carece de fundamento constitucional y tampoco existe base alguna para que, conforme al denominado Pacto Federal consagrado en el artículo 124 Constitucional, el Congreso de la Unión haya gozado de facultades para expedir la Ley. Este es un primer elemento que hace jurídicamente endeble la materia de “desarrollo social”. Adicionalmente, es de destacarse que dentro del objeto de la Ley se encuentra el *“garantizar el pleno ejercicio de los derechos sociales consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, asegurando el acceso de toda la población al desarrollo social”*.¹⁵ Asimismo, es de mencionarse que dentro de los derechos para el desarrollo social que la misma ley señala se encuentra la salud, el trabajo y la seguridad social¹⁶. Asimismo, la denominada Política Nacional de Desarrollo

¹⁴ Artículo 1. fracción III. Ley General de Desarrollo Social.

¹⁵ Artículo 1. fracción I. Ley General de Desarrollo Social

¹⁶ Artículo 6 de la Ley General de Desarrollo Social

Social (que es fundamentalmente materia de planeación del desarrollo) incluye dentro de sus vertientes a la seguridad social.

Respecto a la imbricación del Sistema con el Sistema Nacional de Salud, hay quien sostiene que *“La contribución más tangible y significativa que los sistemas de seguridad social han realizado en Latinoamérica ha sido en el campo de las prestaciones de salud.”*¹⁷ Esto es indudable y se verá a mayor detalle en el apartado correspondiente.

Ahora bien, retomando las preguntas planteadas respecto a las finalidades de la seguridad social consagradas en la Ley, en cuanto a si pueden existir entidades o dependencias que no sean públicas y si se podría considerar que los organismos descentralizados son diversos a las entidades, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal establece que las dependencias y las entidades son parte de la Administración Pública, unas pertenecen a la Administración Pública Centralizada y las otras a la Paraestatal, pero ambas a la Administración Pública y por lo tanto no hay entidades o dependencias privadas. Adicionalmente, el artículo en comento señala con el “Y” a los organismos descentralizados siendo que la misma Ley Orgánica de la Administración Pública Federal establece que dentro de las Entidades de la Administración Pública Paraestatal están, justamente, los organismos descentralizados. Por lo anterior se puede concluir que existe una falta de técnica jurídica en la redacción del citado artículo 3 de la Ley del Seguro Social.

Acogiendo el criterio de que la Seguridad Social y Seguro Social no son lo mismo, la Ley del Seguro Social considera al Seguro Social como el instrumento básico de la Seguridad Social. De esta manera, el artículo 4 de la Ley establece que *“El Seguro Social es el instrumento básico de la seguridad social, establecido como*

¹⁷ Tamburi Giovanni. *“La Seguridad Social en la América Latina. Tendencias y Perspectiva”*. Selección de Carmelo Mesa-lago *“La crisis de la seguridad social y la atención a la salud. Experiencias y lecciones latinoamericanas”* Fondo de Cultura Económica. México 1986. Primera Edición en español. p81

un servicio público de carácter nacional en los términos de esta Ley, sin perjuicio de los sistemas instituidos por otros ordenamientos.”

De esta manera la Ley define al Seguro Social como un servicio público que se presta a través de una persona jurídica constituida como un organismo descentralizado. Pero ¿qué es el Seguro Social como instrumento básico de la Seguridad Social? pues eso exactamente, un servicio público de aseguramiento, un “seguro”. Como se ve, conforme al texto de la Ley, el Seguro Social es el servicio público y no la Seguridad Social, sin embargo, con apoyo en la definición de Seguridad Social del Doctor Jorge Fernández Ruiz, la Seguridad Social es un servicio público, y su instrumento básico, el Seguro Social, es también un servicio público que se presta a través de un organismo descentralizado. Es decir, no es una función pública ni tampoco es una actividad residual, pero si es un servicio que el Estado presta directamente o a través de particulares o instituciones creadas para tal efecto, para satisfacer necesidades de carácter general.

Ante esta diversidad de sistemas que abordan la problemática de la protección de la salud y de los medios de subsistencia se podría proponer la integración de un Sistema de Seguridad Social acorde a la definición de la Ley del Seguro Social pero, que en el lugar de tener fundamento en dicha Ley, lo tuviera en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, creándose un Sistema Integral e Integrado que concentrara una base de datos única de derechohabientes, instituciones prestadoras, prestaciones y requisitos. Aunque el énfasis radica en la protección de la salud ya que la desarticulación implica, en muchos casos, infraestructura ociosa y en otros, insuficiente o simplemente inexistente, no se limitaría a ello sino que podría hacerse con vistas a ampliarlo a la protección de los medios de subsistencia, que incluiría subsidios, pensiones e incluso, ayudas en dinero o en especie diversos que hoy son materia de la Asistencia Social o el Desarrollo Social. Futuros Estudios en materia administrativa podrían analizar las ventajas o desventajas que implique por ejemplo, la inserción del Sistema de Seguridad Social dentro del texto del artículo

26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos para atribuir el control de dicha información al Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica. Otra alternativa sería la atribución de dichas facultades a alguna dependencia o alguno de los organismos descentralizados ya existentes, incluso con la posibilidad de crear un órgano desconcentrado. No obstante lo anterior, el análisis de las ventajas y desventajas de la inclusión en el texto constitucional en el numerario que se sugiere y la estructura administrativa competente para ello deberán ser necesariamente materia de diversos estudios especializados en materia constitucional y administrativa que rebasan las expectativas del presente estudio.

En cuanto al Instituto Mexicano del Seguro Social que es quien presta el servicio público del Seguro Social, la misma Ley lo califica como organismo público descentralizado y por lo tanto tiene fundamento en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y en la Ley Federal de Entidades Paraestatales que son las Leyes reglamentarias del artículo 90 Constitucional y donde se regula el concepto y estructura de los organismos descentralizados de la Administración Pública Federal. Es así como la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal establece que “Son organismos descentralizados las entidades creadas por ley o decreto del Congreso de la Unión o por decreto del Ejecutivo Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, cualquiera que sea la estructura legal que adopten”¹⁸ y por su parte, la Ley Federal de las Entidades Paraestatales se refiere a ellos como “*personas jurídicas*”¹⁹ cuyo objeto debe caer en los supuestos establecidos en dicha ley, dentro de los cuales está tanto la prestación de un servicio público como la obtención y aplicación de recursos para la seguridad social, ambos aplicables al Seguro Social a cargo del Instituto.

Inicialmente, podríamos considerar ocioso o redundante que este artículo especifique que el organismo público descentralizado tiene personalidad jurídica y patrimonio propios, siendo que las leyes de la materia así lo establecen.

¹⁸ Artículo 45 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

¹⁹ Artículos 14 y 15 De la Ley Federal de las Entidades Paraestatales
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

3 . Referencia en algunos Instrumentos Internacionales

Ahora bien, ¿que referente tenemos de Seguridad Social y Seguro Social en los instrumentos internacionales? En principio hay que destacar que la Primera Ley del Seguro Social en los Estados Unidos Mexicanos es de 1943, siendo que la Declaración Universal de los Derechos Humanos es de 1948, la denominada “Norma Mínima de Seguridad Social” contenida en el Convenio 102 de la Organización Internacional del Trabajo es de 1952 y el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales es de 1966, por lo que queda claramente evidenciado que nuestro país llevó en mucho la delantera en este sentido a muchos instrumentos internacionales. Cabe señalar en este sentido que la Declaración Universal de los Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948 parte de la premisa del “reconocimiento” y no otorgamiento de “derechos iguales e inalienables” de todos los miembros de la familia humana. Asimismo en dicha Declaración contempla el “establecimiento de medidas progresivas de carácter nacional e internacional” para asegurar el reconocimiento y aplicación universal y efectiva de los derechos ahí consagrados, dentro de los cuales están los “derechos económicos, sociales y culturales”²⁰ así como la “salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios;... los SEGUROS en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”²¹

En lo que al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se refiere, se debe destacar que se adoptó mediante resolución de la Asamblea General de fecha 16 de diciembre de 1966 y entró en vigor el 3 de enero de 1976.

²⁰ Declaración Universal de los Derechos Humanos, Artículo 22, Página de la Organización de las Naciones Unidas.

<http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>

²¹ Declaración Universal de los Derechos Humanos, Artículo 25, Página de la Organización de las Naciones Unidas.

<http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>

A este respecto es de resaltar que los Estados reconocen que deben crearse condiciones que permitan a cada persona gozar de esos derechos y que los Estados se comprometen a adoptar medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan, para lograr progresivamente la plena efectividad de esos derechos, dentro de los cuales están “la seguridad social y el seguro social”²². Es aquí donde encontramos una referencia internacional a la diferencia entre la seguridad social y los seguros sociales sin contar con una definición de cada uno de ellos.

El Convenio 102 de la Organización Internacional del Trabajo, “Norma Mínima de Seguridad Social” es adoptado en la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo de 4 de junio de 1952 y entró en vigor el 27 de abril de 1955²³, está dividido en quince partes, algunas de las cuales son obligatorias y otras optativas. Las partes obligatorias para todos los Miembros (que son los Estados Miembros de la Organización Internacional del Trabajo cuya ratificación se haya registrado por el Director General de la Oficina Internacional del Trabajo)²⁴ son:

- Parte I. Disposiciones Generales
- Parte XI. Cálculo de pagos periódicos
- Parte XII. Igualdad de trato a residentes no nacionales
- Parte XIII. Disposiciones comunes
- Parte XIV. Disposiciones diversas
- Parte XV. Disposiciones finales

²² Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales , Artículo 9 , Página de la Organización de las Naciones Unidas.

<http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>

²³ Organización Internacional del Trabajo. *Convenios y recomendaciones internacionales del trabajo. 1919-1984*. Oficina Internacional del Trabajo. Primera edición, Ginebra, 1985. p867

²⁴ Organización Internacional del Trabajo. Convenio 102, Artículo 79. Ibidem. p888

Ahora bien, de las partes que son optativas, cada Miembro debe por lo menos cumplir con 3 de las siguientes:

- Parte II. Asistencia Médica
- Parte III. Prestaciones Monetarias de enfermedad
- Parte IV. Prestaciones de Desempleo
- Parte V. Prestaciones de Vejez
- Parte VI. Prestaciones en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional
- Parte VII. Prestaciones Familiares
- Parte VIII. Prestaciones de Maternidad
- Parte IX. Prestaciones de Invalidez
- Parte X. Prestaciones de Sobrevivientes

De estas Partes, cada Miembro debe incluir por lo menos una de las Partes IV, V, VI, IX y X dentro de las 3 que elija como optativas.

Curiosamente y como se percibe de la descripción anterior, la Asistencia Médica no es una Parte obligatoria ni tampoco está como una de las Partes que necesariamente se debe incluir dentro de las optativas. En este sentido cabe reflexionar ¿qué tanto le ayuda a una persona enferma o con un familiar enfermo, una prestación monetaria si no cuenta con los servicios de atención médica básicos para sobrellevar su padecimiento? No significa que no sean de ayuda, sino que no puede ser suficiente en tanto la salud no se atiende. Indudablemente reduce el impacto o auxilia en la satisfacción de ciertas necesidades, pero difícilmente resuelve si no trae aparejada la atención a la salud. Por ello se considera que una Parte en el Convenio 102, que debería ser obligatoria es la de Asistencia Médica, sin con ello pretender entregar al Estado la responsabilidad de la atención de la salud del individuo. Si se le atribuye la obligación debe traer aparejada la autoridad y los beneficios lo cual me parece fuera de todo contexto pues el Estado determinaría el qué, cuándo, cómo, dónde y con quién. No obstante lo anterior, existen criterios de la Corte en sentido diverso a lo aquí señalado. Indudablemente la responsabilidad de su salud es del sujeto, pero

recae en el Estado la obligación de crear las condiciones para que la persona pueda “optar” para elegir la mejor forma de atender su salud asumiendo las consecuencias y la responsabilidad que ello conlleva. Ahora bien, la Asistencia Médica comprende del artículo 7 al 12 considerando como contingencia cubierta el que denomina “estado mórbido, cualquiera que fuere su causa, el embarazo, el parto y sus consecuencias”²⁵.

Existen puntos importantes a los que se refiere este Convenio en materia de prestaciones de Asistencia Médica, entre los que se pueden destacar:

- Incluye la asistencia médica de carácter preventivo y curativo (no se señala el rehabilitatorio) y señala que dicha asistencia (incluyendo la de especialistas) tendrá por objeto conservar, restablecer o mejorar la salud y la aptitud de la persona para el trabajo y para hacer frente a sus necesidades personales.
- Considera dentro de las prestaciones, la asistencia médica que denomina GENERAL y dentro de la cual incluye la visita a domicilio
- También considera la asistencia médica por especialistas dentro y fuera de hospitales
- Contempla el otorgamiento de productos farmacéuticos esenciales y
- Establece la hospitalización.
- El otorgamiento de dichas prestaciones implica, lo que se denomina un periodo de calificación y que es lo que se conoce como periodo de espera o cotización previa; y dicho otorgamiento se puede limitar el a un período de tiempo de 13 a 26 semanas.

En lo que a la administración se refiere, el Convenio consagra la posibilidad de que ésta se encomiende a las autoridades públicas, a un departamento gubernamental o incluso a otra figura en donde los representantes de los trabajadores puedan participar en dicha administración, junto con los de los

²⁵ Organización Internacional del Trabajo. op.cit. p869

empleadores y de las autoridades públicas²⁶, que dicho sea de paso, es el caso del Seguro Social a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social como se verá. Es importante anotar que esa estructura tripartita no se encuentra presente en los sujetos que desde la Ley de 95 participan en la administración de las cuentas individuales y su inversión en el Mercado de Valores y que es en materia de pensiones.

²⁶ Convenios y Recomendaciones Internacionales. Op.cit p 887. Artículo 72

II. Generalidades del Instituto Mexicano del Seguro Social

1. El Instituto Mexicano del Seguro Social como prestador de un servicio público. Definición, características y prestaciones.
2. El Instituto Mexicano del Seguro Social como organismo descentralizado. Definición, características y facultades.
3. El Instituto Mexicano del Seguro Social como organismo fiscal autónomo. Definición, características y facultades.
4. Órganos de Gobierno. Facultades.
5. Estructura Orgánica. Delegaciones.
6. Facultades Materialmente Legislativas
7. Análisis de las diversas relaciones jurídicas que se fincan con el Instituto Mexicano del Seguro Social.

1. El Instituto Mexicano del Seguro Social como prestador de un servicio público. Definición, características y prestaciones.

Cuando hacemos referencia al servicio público del Seguro Social a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social, estamos partiendo de la premisa de que este seguro es el instrumento básico de la Seguridad Social y que esta es un servicio público. Si hay algo en lo que coinciden los tratadistas de Derecho Administrativo es en la dificultad de acotar un mismo concepto de servicio público “... *pues mientras para Duguit es la actividad ejercitada por el Estado, para Jéze la característica se encuentra en el régimen jurídico aplicable a esa actividad y para Bonnard, en el medio o sea la organización que realiza esa actividad.*”²⁷ En este sentido y parafraseando al Dr. Miguel Villoro Toranzo cuando se refería al problema de la definición de derecho en su obra de *Introducción al Derecho*²⁸, la dificultad radica en lo que niegan y no en lo que afirman. Por eso, la construcción del concepto del Dr. Jorge Fernández Ruiz integra los diversos elementos considerados por los especialistas del ramo al definir al servicio público como

²⁷ Fraga Gabino, *Derecho Administrativo*, Editorial Porrúa, México 2006, p22.

²⁸ Villoro Toranzo Miguel, *Introducción al Estudio del Derecho*, Editorial Porrúa, México 1974, p112

“...toda actividad técnica destinada a satisfacer una necesidad de carácter general, cuyo cumplimiento uniforme y continuo deba ser permanentemente asegurado, reglado y controlado por los gobernantes, con sujeción a un mutable régimen jurídico exorbitante del derecho privado, ya por medio de la Administración pública, bien mediante particulares facultados para ello por autoridad competente, en beneficio indiscriminado de toda persona.”²⁹

Para efectos de ubicar la Seguridad Social y al Seguro Social en el contexto de las funciones y servicios públicos, es importante diferenciar la función de los servicios. En este sentido, la primera *“tiene por objeto la satisfacción de necesidades públicas, distintas de las necesidades de carácter general, suma de muchas necesidades individuales, en la que podemos identificar o escindir nuestra propia necesidad”³⁰*. Por lo tanto, un primer rasgo distintivo entre el servicio público y la función pública es la necesidad a satisfacer. Pero también lo es, citando al Dr. Fernández Ruiz, el que la función administrativa (como función pública) *“...implica el cumplimiento del mandato legal con miras al logro de los fines del Estado”³¹*.

Es así como, en virtud de lo anterior, la Seguridad Social y el Seguro Social no satisfacen necesidades públicas sino de carácter general. La necesidad de carácter general que se busca satisfacer en virtud de la Seguridad Social y el Seguro Social es la inseguridad social. En este sentido el Instituto Mexicano del Seguro Social (el Instituto), a nueve años de su creación sostenía que *“La inseguridad social depende de manera general de las realidades concretas dentro de las cuales se desenvuelve el proceso social y en este sentido puede haber factores de esta inseguridad que obedecen a causas físicas, a causas biológicas o a causas sociales. Los que obedecen a causas sociales se han venido*

²⁹ Fernández Ruiz Jorge, *Servicios Públicos Municipales*, Instituto Nacional de Administración Pública A.C, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Primera Edición, México 2002. p120.

³⁰ Ibidem. p93

³¹ idem

*remediando, o intentando remediar, creando estructuras de defensa colectiva que se puede decir que quedan vinculadas al Estado, convirtiéndose en una función de autoridad o de soberanía; los que obedecen a causas físicas se han venido quedando vinculadas al proceso de evolución económica; y los que derivan de causas biológicas son el contenido de lo que hemos venido designando como inseguridad social...*³² Ahora bien, esta era la concepción que el Instituto Mexicano del Seguro Social tenía en el año de 1952, y en esa misma obra agregaba que *“El hombre, la posibilidad de su vida y la de su familia, dependen de la actividad productora que les sirve para satisfacer sus necesidades, por ende la inseguridad del tipo a que nos venimos refiriendo (es la inseguridad social) es aquella que tiene como consecuencia disminuir o anular la actividad productora del individuo y como derivación ineludible que sus necesidades vitales, y las de los suyos, no puedan satisfacerse.”*³³

Ahora bien, en cuanto al servicio público del Seguro Social considerada en sus inicios como *“última forma, técnica, de poner remedio a la inseguridad social”*³⁴, consiste justamente en el servicio de aseguramiento y no en el otorgamiento de prestaciones, sea en dinero o en especie. Lo anterior descansa en la idea de que justamente el otorgamiento de las prestaciones es la consecuencia de que se realice un siniestro cuyo riesgo está expresamente contemplado en la Ley, que vulnere o dañe la salud del asegurado (o la de algún familiar) o de su capacidad de ser productivo en el mercado formal de trabajo. En este sentido, el Instituto Mexicano del Seguro Social, en la multicitada obra señalaba que *“El riesgo para el Seguro Social es aparentemente el mismo que el que había venido siendo para el seguro privado, a través del empresario, pero el hecho de haberse convertido en una finalidad social y ser obligatorio tiene como secuela importante que siendo su objetivo, repetimos, social, y distribuyéndose su costo como elemento del costo general de la vida, no se justifica la existencia de una utilidad para el asegurador ni*

³² Instituto Mexicano del Seguro Social, *México y la Seguridad Social*, Tomo I. México MCMLII. p7

³³ idem

³⁴ Ibidem p10

de una finalidad comercial en su operación. Ha de ser un servicio público. El servicio que se presta al actualizarse el Seguro, no está medido por la prima, sino que el objeto es remediar, la necesidad, que proviene del riesgo realizado, que hace actual la necesidad prevista;...”³⁵ Cabe destacar que el que el Seguro Social sea un seguro, no implica que sea un contrato de seguro ya que ambas figuras tienen claras diferencias. En este sentido desde sus orígenes se argumentaba en este sentido que las diferencias radican en el prestador, el fin, los beneficiarios, financiamiento y el carácter de la institución. De esta manera se argumenta que *“El seguro social ofrece respecto del seguro privado profundas diferencias, por lo cual se hace necesario distinguir uno de otro... Se ha dicho en primer término que el seguro privado es una institución en la cual el asegurador es un particular o una sociedad privada, en tanto que el seguro social es una institución emanada de la administración pública... Otro grupo de autores considera que el seguro social y el seguro privado se diferencian atendiendo al fin que persiguen afirmando que el primero es una institución creada con fines de política social, de mejoramiento colectivo, en tanto que el seguro privado obedece exclusivamente a intereses particulares... Joseph Hemard establece que el seguro social se diferencia del seguro privado tanto por sus beneficiarios, que siempre pertenecen a la clase trabajadora, como por la participación en el pago de las primas de personas ajenas... En estas condiciones, la verdadera diferencia existente pensamos encontrarla en la circunstancia de que el seguro social constituye un derecho para determinados elementos a quedar comprendidos en el sistema; en el hecho de que el seguro pierda su carácter de empresa para tomar el de una institución de orden público, que como tal no puede negarse a amparar a aquellos para cuya protección fue creada; en la garantía que el Estado otorga a los miembros que pertenecen a determinada esfera social, de poder ingresar en el régimen (generalmente dicho ingreso es obligatorio), con absoluta independencia de las condiciones personales en que se encuentran.”*³⁶ Aunque todos estos supuestos pueden ser importantes, se considera que el Seguro Social se distingue

³⁵ Ibidem p341

³⁶ Herrera Gutierrez Alfonso, La Ley Mexicana del Seguro Social, propiedad del autor, impresa por Eduardo Limón, México 1943. P19

justamente de los Seguros Privados porque es un Servicio Público de Aseguramiento Obligatorio, bien que se preste por el Estado directamente o a través de particulares.

2. El Instituto Mexicano del Seguro Social como organismo descentralizado. Definición, características y facultades

En lo que a la Ley del Seguro Social de 1943 se refiere, el artículo 5 señalaba que *“Para la organización y administración del seguro social, se crea con personalidad jurídica propia, un organismo descentralizado con domicilio en la Ciudad de México, que se denominará “Instituto Mexicano del Seguro Social.”*³⁷ En virtud de tal carácter, el Instituto estaba investido de ciertas facultades que, en esta primera ley, eran en su carácter de organismo descentralizado prestador de un servicio público. De esta manera, el artículo 107 de dicha Ley establecía que

“El Instituto Mexicano del Seguro Social tendrá como funciones principales:

- I. Administrar las diversas ramas del Seguro Social;*
- II. Recaudar las cuotas y demás recursos del Instituto;*
- III. Satisfacer las prestaciones que se establecen en esta Ley.*
- IV. Invertir los fondos de acuerdo con las disposiciones especiales de esta Ley;*
- V. Realizar toda clase de actos jurídicos y celebrar los contratos que requiera el servicio;*
- VI. Adquirir bienes muebles e inmuebles dentro de los límites legales.*

³⁷ Herrera Gutierrez Alfonso, *La Ley Mexicana del Seguro Social*, Propiedad del autor e impreso por Eduardo Limón, México 1943. p74

- VII. Organizar sus dependencias y fijar la estructura y funcionamiento de las mismas.
- VIII. Difundir conocimientos y prácticas de previsión social;
- IX. Expedir sus reglamentos interiores; y
- X. Las demás que le atribuyan esta Ley y sus Reglamentos.”³⁸

En vinculación con este punto, el Licenciado Alfonso Herrera Gutiérrez, Secretario de la Comisión Redactora comentaba que

“El rasgo característico del régimen descentralizado, que al mismo tiempo es esencial para diferenciarlo de los organismos centralizados, está en el hecho de que los funcionarios y empleados que lo constituyen no se hallan en una situación de jerarquía respecto de los poderes públicos y consecuentemente en que desaparece el poder de mando que en el régimen centralizado tiene el Poder Público, ya que los funcionarios descentralizados pueden obrar de acuerdo con su propio criterio, sin más limitaciones que apegarse a la Ley, no pudiendo la administración pública marcarles lineamientos ni juzgar acerca de la oportunidad de los actos ejecutados.

Como se indica en la exposición de motivos de la Ley, el régimen descentralizado “ofrece respecto del centralizado ventajas de consideración, entre las que se encuentran: 1ª una mayor preparación técnica en sus elementos directivos, surgida de la especialización; 2ª democracia efectiva en la organización del mismo, pues permite a los directamente interesados en su funcionamiento intervenir en su manejo; 3ª atraer donativos de los particulares, que estarán seguros de que con los mismo se incrementará el servicio al que los destinan, sin peligro de confundirse con los fondos públicos, y 4ª inspirar una mayor confianza a los individuos objeto del servicio.”³⁹”

³⁸ Ibidem p216

³⁹ Ibidem p74

Del análisis de las funciones atribuidas al Instituto se infiere que efectivamente, se orientaba fundamentalmente a la prestación técnica de un servicio y su vinculación con el Derecho del Trabajo.

En la Ley de 1973, también el artículo 5 se refería al Instituto como “organismo público descentralizado”⁴⁰ sin embargo, un cambio notable se desprende del texto de su artículo 240, que correspondía al “*Título Quinto, Del Instituto Mexicano del Seguro Social. Capítulo I. De las Atribuciones, Recursos y Órganos del Instituto Mexicano del Seguro Social*”. En su texto, para el año previo a la expedición de la Ley hoy vigente, evolucionó de tal manera que, además de las funciones originalmente otorgadas en la Ley de 1943 algunas de las cuales sufrieron modificaciones en su texto, se adicionaron las siguientes:

- VI. *“Establecer clínicas, hospitales, guarderías infantiles, farmacias, centros de convalecencia y vacacionales, velatorios, así como centros de capacitación, deportivos, de seguridad social para el bienestar familiar y demás establecimientos para el cumplimiento de los fines que le son propios, sin sujetarse a las condiciones salvo las sanitarias, que fijen las leyes y reglamentos respectivos para empresas privadas, con actividades similares.*
- X. *Registrar a los patrones y demás sujetos obligados, inscribir a los trabajadores asalariados e independientes y precisar su base de cotización, aun sin previa gestión de los interesados, sin que ello libere a los obligados de las responsabilidades y sanciones por infracciones en que hubiesen incurrido;*
- XI. *Dar de baja del régimen a los sujetos asegurados, verificada la desaparición del presupuesto de hecho que dio origen a su asegurameinto, aun cuando el patrón o sujeto obligado hubiese omitido presentar el aviso de baja respectivo;*

⁴⁰ Moreno Padilla Javier. op cit. p34

- XIII. *Establecer los procedimientos para la inscripción, cobro de cuotas y otorgamiento de prestaciones;*
- XIV. *Determinar los créditos a favor del Instituto y las bases para la liquidación de cuotas y recargos, así como para fijarlos en cantidad líquida, cobrarlos y percibirlos de conformidad con la presente Ley y demás disposiciones aplicables.*
Las liquidaciones de las cuotas del seguro de retiro podrán ser emitidas y notificadas conjuntamente con las liquidaciones de las aportaciones y descuentos correspondientes al Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, previo convenio de coordinación con el citado Instituto.
- XV. *Determinar la existencia, contenido y alcance de las obligaciones incumplidas por los patrones y demás sujetos obligados en los términos de esta Ley y demás disposiciones relativas, aplicando, en su caso, los datos con los que cuente o los que de acuerdo con sus experiencias considere como probables;*
- XVI. *Ratificar, rectificar y cambiar la clasificación y el grado de riesgo de las empresas para efectos de la cobertura de las cuotas del seguro de riesgos de trabajo;*
- XVII. *Determinar y hacer efectivo el monto de los capitales constitutivos en los términos de esta Ley;*
- XVIII. *Ordenar y practicar inspecciones domiciliarias con el personal que al efecto se designe y requerir la exhibición de libros y documentos a fin de comprobar el cumplimiento de las obligaciones que establece la Ley del Seguro Social y demás disposiciones aplicables.*
- XIX. *Ordenar y practicar las investigaciones correspondientes en los casos de sustitución patronal y emitir los dictámenes respectivos;*
- XX. *Establecer coordinación con las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, Estatal y Municipal para el cumplimiento de sus objetivos; y*

- XXI. *Revisar los dictámenes formulados por los contadores públicos sobre el cumplimiento de disposiciones contenidas en esta Ley y sus Reglamentos; y*
- XXII. ...”⁴¹

En este contexto es posible detectar que las facultades del Instituto Mexicano del Seguro Social adicionadas en la Ley de 1973 durante su vigencia fueron, fundamentalmente, en cuanto a su carácter de organismo fiscal autónomo y la investidura que ello implicó. Es importante señalar que se considera ocioso el contenido de la fracción VI que lo facultaba para establecer clínicas, hospitales.... ya que al ser un organismo descentralizado, tenía personalidad jurídica y patrimonio propios y podía estructurarse de manera autónoma en la forma que mejor le pareciera, siempre y cuando fuera orientado a sus fines. Por lo demás, este artículo es una muestra interesante del perfil que fue tomando el Instituto Mexicano del Seguro Social.

La Ley del Seguro Social vigente establece en el texto de su artículo 5 que *“La organización y administración del Seguro Social, en los términos consignados en esta Ley, están a cargo del organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, de integración operativa tripartita, en razón de que a la misma concurren los sectores público, social y privado, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual tiene también el carácter de organismo fiscal autónomo”*.

Ahora bien ¿qué implica que el Instituto Mexicano del Seguro Social sea un organismo descentralizado? En este sentido el Doctor Jorge Fernández Ruiz señala que la descentralización *“propende a transferir de un determinado centro de toma de decisiones, un conjunto de atribuciones, funciones, facultades, actividades y recursos a favor de entes, órganos, instituciones o regiones que se*

⁴¹ Moreno Padilla, op cit. p160

*hallan, respecto del centro, en una situación de cierta subordinación, más no en una relación de jerarquía.*⁴²

La diferenciación entre subordinación más no relación de jerarquía es considerada vital. El Instituto Mexicano del Seguro Social como entidad de la Administración Pública Paraestatal esta subordinada al Ejecutivo Federal aunque no esté sujeta a la relación de jerarquía atribuida a las dependencias de la Administración Pública Centralizada. De hecho, se comparte la idea de que *“...la presencia de la centralización y de la descentralización, como principios o tendencias de organización coexistentes ... que se complementan.*”⁴³

De esta manera y en virtud de la estructura normativa constitucional y sus leyes reglamentarias podríamos señalar que un organismo descentralizado es una entidad y por lo tanto, una estructura dentro de la Administración Pública Paraestatal auxiliar del Poder Ejecutivo Federal. Es así como consideramos que el punto de partida es que este Poder *“se deposita en un solo individuo que es el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos”*⁴⁴ el cuál, *“para llevar a cabo las atribuciones que le han sido encomendadas cuenta con la Administración Pública Federal”*⁴⁵. En virtud del texto del artículo 90 constitucional sólo se reconocen dos sectores de la Administración Pública Federal, la centralizada y la paraestatal ya que su texto queda asentado que *“la distribución de los negocios del orden administrativo entre las Secretarías de Estado se hará en la Ley Orgánica que expedirá el Congreso” y que también será la que “definirá las bases de creación de las entidades paraestatales y la intervención en su operación que tenga el Ejecutivo Federal”*. Así las cosas, las disposiciones relativas a la organización de la Administración Pública Federal y la enumeración de dependencias del Sector Central se consagran en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. La actualmente vigente fue publicada en el Diario Oficial de la Federación de fecha 29

⁴² Fernandez Ruiz Jorge. *Derecho Administrativo y Administración Pública*, op.cit.p485

⁴³ idem

⁴⁴ Artículo 80 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos CPEUM

⁴⁵ Artículo 81 CPEUM

de diciembre de 1976 y entró en vigor el 1 de enero de 1977. Esta Ley abrogó la hasta entonces vigente Ley de Secretarías y Departamentos Administrativos que tuvo vigencia desde 1958. Por otro lado, lo concerniente a la Administración Pública Paraestatal y la intervención del Ejecutivo en dicho sector, se regula de manera introductoria por la misma Ley Orgánica antes mencionada pero de manera más profunda por la Ley Federal de Entidades Paraestatales que fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986 y que abrogó la Ley para el Control por parte del Gobierno Federal de los Organismos Descentralizados y Empresas de Participación Estatal que había estado vigente desde 1970. Se considera en este sentido que ambas leyes son reglamentarias del artículo 90 constitucional, nada más que una se refiere en detalle a la Administración Pública Centralizada (Ley Orgánica de la Administración Pública Federal) y la otra a la Administración Pública Paraestatal (Ley Federal de Entidades Paraestatales).

Como breve referencia baste citar que algunos tratadistas señalan que tradicionalmente existen *tres* formas de organización administrativa: “*la centralización, la desconcentración y la descentralización*”.⁴⁶ La desconcentración está considerada en la Ley Orgánica de la Administración Pública, reglamentaria del artículo 90 Constitucional como una expresión de la Centralización ya que el artículo 17 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal establece esa opción para las dependencias y por ende, de la Administración Pública Centralizada. Esto no limita a que las entidades paraestatales puedan estructurarse de manera desconcentrada, como es el caso de las delegaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social, ya que, como organismo descentralizado puede hacerlo de la manera que le resulte más eficiente siempre y cuando sea acorde con el fin para el que fue creado.

⁴⁶ Delgadillo Gutiérrez, Luis Humberto, *Elementos de Derecho Administrativo. Primer Curso*. Editorial Limusa. Noriega Editores. México 2006. Segunda edición p90

De acuerdo con la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Administración Pública Centralizada está conformada por la Presidencia de la República, las Secretarías de Estado y la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal, mientras que a la Administración Pública Paraestatal la conforman los organismos descentralizados, las empresas de participación estatal mayoritaria y los fideicomisos.

Cuando se hace referencia a descentralización es exaltando la importancia de la personalidad jurídica propia de las personas jurídicas de derecho público que la integran y que son distintas al Estado. En concordancia con ésta afirmación encontramos que el Doctor Jorge Fernández Ruiz comenta que *“La descentralización administrativa se instrumenta mediante la creación de personas jurídicas de derecho público, distintas al Estado y a la administración pública, bajo diversas modalidades.”*⁴⁷

En armonía con lo anterior, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal establece el carácter de “auxiliar” y no de “despacho” que tiene este sector de la Administración Pública al asentar que:

“El Poder Ejecutivo de la Unión se auxiliará en los términos de las disposiciones legales correspondientes, de las siguientes entidades de la Administración Pública Paraestatal:

- I. Organismos Descentralizados
- II. Empresas de participación estatal mayoritaria y
- III. Fideicomisos

Es así como existe una diferencia de la Administración Pública Paraestatal con la Administración Pública Centralizada ya que la misma Ley establece que la primera es para “auxiliar” y la segunda para “el despacho”.

⁴⁷ Fernández Ruiz Jorge. *Derecho Administrativo y Administración Pública*, op cit. p486

En cuanto a la intervención que tiene el Ejecutivo Federal con las entidades, esto se lleva a cabo a través de la “agrupación en sectores”, encabezadas por una dependencia denominada “coordinadora de sector”. Es así como la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, establece en su artículo 48 que “...*el Presidente de la República las agrupará por sectores definidos, considerando el objeto de cada una de dichas entidades en relación con la esfera de competencia que esta y otras leyes atribuyen a las Secretarías de Estado...*”, de donde se ha integrado la denominada sectorización de la Administración Pública por lo que se ha dado en llamar a las dependencias: “Coordinadores de Sector” de acuerdo con las listas de agrupamiento que se publican anualmente en el Diario Oficial de la Federación por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Curiosamente, una discrepancia normativa se encuentra en este sentido ya que la lista contempla entidades no sectorizadas, dentro de las cuales está el Instituto Mexicano del Seguro Social, siendo que la ley reglamentaria del artículo 90 constitucional no establece esa posibilidad.

El agrupamiento de las entidades de la Administración Pública en cada uno de los sectores administrativos, considera la afinidad entre sus objetivos y actividades, y las atribuciones y funciones de la dependencia que va a constituir una coordinadora de sector. En este escenario, una coordinadora de sector tiene las características de “*planear, coordinar, presupuestar, controlar y evaluar las operaciones y el gasto de las entidades paraestatales que se encuentran en su sector*”⁴⁸, y en este sentido, se pretende que las mismas, agrupadas bajo la coordinación de una dependencia, sirvan de soporte para la instrumentación de la política o políticas gubernamentales del sector en que han quedado ubicadas.

Se considera que aunque para efectos de la Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria el Instituto no esté sectorizado, eso no significa que no deba de estarlo para efectos administrativos, incluyendo la materia de deuda pública y de planeación. Incluso, no se comparte el punto de vista de que

⁴⁸ art. 49 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal

prevalezca el criterio financiero por encima del de seguridad y certidumbre jurídica y se considera que el que esta Ley vaya en contra de lo establecido en las leyes reglamentarias del artículo 90 constitucional es poco recomendable.

Incluso, la misma Ley Federal de las Entidades Paraestatales reglamentaria del artículo 90 Constitucional en cuanto a la Administración Pública Paraestatal se refiere establece en su artículo 5 de manera expresa que el Instituto Mexicano del Seguro Social se regirá por su ley específica, sólo en cuanto a la estructura de sus órganos de gobierno y vigilancia, pero en lo que se refiere a su funcionamiento, operación, desarrollo y control, se sujetarán a la Ley Federal de las Entidades Paraestatales en lo que no se opongan a dicha ley específica.

En lo que se refiere a las facultades de que está investido el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Ley vigente establece una combinación de aquellas que le corresponden como organismo descentralizado de las que le competen en su carácter de organismo fiscal autónomo. Es así como del análisis del artículo 251 de la Ley del Seguro Social vigente se considera que son facultades del Instituto como organismo descentralizado que presta un servicio público, las siguientes:

- I. Administrar los seguros de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez y vida, guarderías y prestaciones sociales, salud para la familia, adicionales y otros, así como prestar los servicios de beneficio colectivo que señala esta ley;*
- II. Satisfacer las prestaciones que se establecen en esta ley;*
- III. Invertir sus fondos de acuerdo con las disposiciones de esta ley;*
- IV. En general, realizar toda clase de actos jurídicos necesarios para cumplir con sus fines, así como aquellos que fueron necesarios para la administración de las finanzas institucionales;*
- V. Adquirir bienes muebles e inmuebles para los fines que le son propios;*
- VI. Establecer unidades médicas, guarderías infantiles, farmacias, velatorios, así como centros de capacitación, deportivos, culturales,*

vacacionales, de seguridad social para el bienestar familiar y demás establecimientos para el cumplimiento de los fines que le son propios, sin sujetarse a las condiciones, salvo las sanitarias, que fijen las leyes y reglamentos respectivos para empresas privadas, con actividades similares;

VII. Organizar sus unidades administrativas, conforme a la estructura orgánica autorizada;

IX. Difundir conocimientos y prácticas de previsión y seguridad social;

XX. Establecer coordinación con las dependencias y entidades de la administración pública federal, estatales y municipales para el cumplimiento de sus objetivos;

XXII. Realizar inversiones en sociedades y empresas que tengan objeto social complementario o afin al del propio instituto;

XXIII. Celebrar convenios de coordinación con la Federación, entidades federativas, municipios y sus respectivas administraciones públicas, así como de colaboración con el sector social y privado para el intercambio de información relacionada con el cumplimiento de sus objetos en los términos previstos en esta Ley;

XXIV. Promover y propiciar la realización de investigación en salud y seguridad social, utilizándola como una herramienta para la generación de nuevos conocimientos, para la mejoría de la calidad de la atención que se otorga y para la formación y capacitación del personal;

xxxi. Celebrar convenios con entidades o instituciones extranjeras para la asistencia técnica, intercambio de información relacionada con el cumplimiento de sus objetivos y la atención de derechohabientes, bajo el principio de reciprocidad, con las restricciones pactadas en los convenios que al efecto se suscriban, los cuales invariablemente tendrán una cláusula de confidencialidad y no difusión;

XXXII. Celebrar convenios de cooperación e intercambio en materia de medicina preventiva, atención médica, manejo y atención hospitalaria y

rehabilitación de cualquier nivel con otras instituciones de seguridad social o de salud de los sectores públicos federal, estatal o municipal o del sector social;

XXXVI. Prestar servicios a quienes no sean sus derechohabientes a título oneroso, a efecto de utilizar de manera eficiente su capacidad instalada y coadyuvar al financiamiento de su operación y mantenimiento, siempre que ello no represente menoscabo en la calidad y calidez del servicio que debe prestar a sus derechohabientes, y

XXXVII. Las demás que le otorguen esta Ley, sus reglamentos y cualesquiera otra disposición aplicable.

Cabe señalar que la transcripción de las fracciones en no consecutivas obedece a que la ley intercala éstas con las que le corresponden como organismo fiscal autónomo y que se consideran deben ser tratadas o analizadas desde una perspectiva diversa a las que corresponden como organismo público descentralizado prestador de un servicio público. A este respecto, se tienen algunas observaciones que se consideran relevantes. Como puede percatarse el lector, muchas de las fracciones transcritas de la Ley del Seguro Social vigente corresponden al texto de los ordenamientos que lo precedieron y muchas otras resultan un tanto ociosas si consideramos que al ser un organismo descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, goza de todas aquellas facultades vinculadas con el objeto para el cual fue creado y de autonomía técnica, orgánica y financiera para la prestación del servicio y la inversión de los recursos destinados a la prestación del servicio público que tiene encomendado, lo cual incluye la celebración de los convenios de manera irrestricta siempre y cuando correspondan a su objeto. Esta afirmación tiene su fundamento en la definición misma que de organismo descentralizado tiene la Ley Federal de las Entidades Paraestatales en su artículo 14 como *“las personas jurídicas creadas conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica de la Administración Pública*

Federal y cuyo objeto sea: ...II. La prestación de un servicio público... o III. La obtención o aplicación de recursos para fines de ... seguridad social". Se complementa con el texto del artículo 11 que señala que "Las entidades paraestatales gozarán de autonomía de gestión para el cabal cumplimiento de su objeto, y de los objetivos y metas señalados en sus programas...."

3. El Instituto Mexicano del Seguro Social como organismo fiscal autónomo. Definición, características y facultades.

Esta cualidad se desprende del carácter fiscal de las cuotas y de las facultades de que ha sido investido el Instituto para hacer efectivo su cobro. Implica que el Instituto goza de facultades para determinar el monto de la obligación fiscal, fijarla en cantidad líquida y cobrarla, incluso aplicando el procedimiento administrativo de ejecución que es, por excelencia, una excepción a las garantías inherentes al individuo ante actos de privación y que se consagran en el artículo 14 constitucional. En este sentido, las facultades otorgadas al Instituto se consagran en las siguientes disposiciones de la Ley del Seguro Social:

Es por ello que también es de aplicación supletoria el Código Fiscal de la Federación en lo que a Aportaciones de Seguridad Social se refiere. A este respecto es importante destacar lo desafortunado del texto del segundo párrafo del artículo 9 de la Ley del Seguro Social vigente en cuanto a que establece que *"A falta de norma expresa en esta Ley, se aplicarán supletoriamente las disposiciones de la Ley Federal del Trabajo, del Código o del derecho común, en ese orden, cuando su aplicación no sea contraria a la naturaleza propia del régimen de seguridad social que establece esta Ley"*. La divergencia que se tiene con el texto de este párrafo del artículo 9 radica en que la supletoriedad de las normas de la legislación laboral se refiere a relaciones jurídicas diversas a aquellas a las que se aplica la del Código Fiscal de la Federación ya que, como se verá en el apartado correspondiente, la relación jurídica entre el Instituto y el Patrón es de carácter fiscal y por lo tanto se rige por los principios de supra-

subordinación que caracterizan esta relación jurídica y es en donde se aplican supletoriamente las disposiciones contenidas en el Código Fiscal de la Federación. En este primer caso, el sujeto pasivo de la relación jurídica es el patrón y el activo es el Instituto. El trabajador aunque contribuyente lo es en tanto el patrón lleve a cabo las retenciones y entere los pagos al Instituto. Por otra parte, en cuanto a la relación laboral entre el patrón y el trabajador, esta es, tan sólo, el hecho generador de la obligación de aseguramiento y por lo tanto, aunque presente como hecho generador, no es parte de las relaciones jurídicas reguladas por la Ley del Seguro Social.

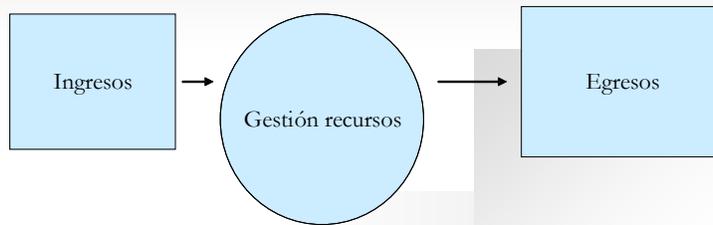
Al texto de la disposición anterior se agrega lo dispuesto en el artículo 271 que consagra en su texto que

“En materia de recaudación y administración de las contribuciones que conforme a esta Ley le corresponden, que de conformidad con lo dispuesto por el artículo 2o., fracción II y penúltimo párrafo, del Código, tienen la naturaleza de aportaciones de seguridad social, el Instituto recaudará, administrará y, en su caso, determinará y liquidará, las cuotas correspondientes a los seguros establecidos en esta Ley, aplicando al efecto lo dispuesto en la misma y en lo no previsto expresamente en ella, el Código, contando respecto de ambas disposiciones con todas las facultades que ese Código confiere a las autoridades fiscales en él previstas, las que serán ejercidas de manera ejecutiva por el Instituto, sin la participación de ninguna otra autoridad fiscal.”

Las Aportaciones de Seguridad Social son los ingresos que se generan en virtud del aseguramiento ante el Instituto Mexicano del Seguro Social y que se encuentran insertas dentro de la Actividad Financiera del Estado que contempla tres momentos o “aspectos”⁴⁹ a saber, la percepción de ingresos, su gestión o administración y la erogación como se esquematiza en el **Cuadro 1**.

⁴⁹ De la Garza Sergio Francisco. *Derecho Financiero Mexicano*. Editorial Porrúa. México 2006. p18

Derecho Financiero



Cuadro 1

De esta manera, en el primer momento de la Actividad Financiera del Estado, la percepción de ingresos, se encuentra la de ingresos tributarios y la de los no tributarios. En este sentido, los ingresos, sean tributarios y los no tributarios son ingresos fiscales⁵⁰. Cuando se busca el concepto de Aportaciones de Seguridad Social se encuentra en el Código Fiscal de la Federación y no en la Ley del Seguro Social que es la Ley Sustantiva ni tampoco se encuentra en otras disposiciones sobre la materia. Ahora bien, cuando se analiza la definición de Aportaciones de Seguridad Social en el artículo 2 del Código Fiscal de la Federación, fácilmente se concluye que aunque existen diversas entidades y dependencias involucradas en la Seguridad Social, sólo algunas caen en el concepto del Código Fiscal de la Federación y por lo tanto no todas las aportaciones a entidades y dependencias dentro de la Seguridad Social mexicana son aportaciones de seguridad social pues más bien podrían ser consideradas pasivos a largo plazo, como sería el caso de las aportaciones al ISSSTE, al

⁵⁰ Idem p19

ISSFAM y PEMEX. Aunque existen aportaciones a diversas entidades y dependencias involucradas en la Seguridad Social, las concernientes al Instituto Mexicano del Seguro Social son aquellas que más se acomodan a la definición contenida en el Código Fiscal de la Federación además de que es el sistema que ampara a la mayor población del país. Es así como el Código Fiscal de la Federación define las Aportaciones de Seguridad Social en su artículo 2 como las contribuciones

- establecidas en ley
- a cargo de personas que son sustituidas por el Estado
- en el cumplimiento de obligaciones fijadas por la ley
- en materia de seguridad social

“o”

- a las personas que se beneficien en forma especial
- por servicios de seguridad social
- proporcionados por el mismo Estado.

Es importante destacar el “O” que establece la definición ya que, de conformidad con el Diccionario de la Real Academia Española, *“proviene del latín aut y que denota diferencia, separación o alternativa entre dos o más personas, cosas o ideas”* ⁵¹ y por lo tanto, pareciera que de tal definición se excluyen las cuotas obreras de las patronales, siendo que en la realidad son complementarias y por lo tanto tal definición debería contener el “y” que *“proviene del latín et y que se usa para unir palabras o cláusulas en concepto afirmativo. Si se coordinan más de dos vocablos o miembros del período, solo se expresa, generalmente, antes del último”*. ⁵².

Ahora bien, es importante la perspectiva del derecho tributario dentro de la Ley sustantiva ya que las Aportaciones de Seguridad Social son, en algunos casos,

⁵¹ Página de la Real Academia Española
http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=o

⁵² Página de la Real Academia Española
http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=y

exclusivamente patronales y en otras son obrero-patronales y en donde el patrón funge como retenedor en materia tributaria. Para tal efecto debe distinguirse según el ramo de aseguramiento y en tanto se traten del financiamiento de prestaciones en dinero o de prestaciones en especie.

En su creación el Instituto fue constituido como organismo descentralizado pero las cuotas pusieron de manifiesto fuertes problema para su cobro en virtud de que jurídicamente eran títulos ejecutivos y para no posponer el otorgamiento de las prestaciones a cargo del Instituto por lo lento, engorroso y tardío del procedimiento ante tribunales, se hizo fácil crear una ficción jurídica de que las cuotas tenían carácter fiscal... pero solo como ficción. El mismo Instituto consideraba, en aquel entonces, los objetivos de dicha modificación pero sin cuestionar el carácter de la Institución como se desprende de la cita que se transcribe a continuación:

“Se ha venido considerando que las cuotas obrero-patronales, CON INDUDABLE CONFUSIÓN TÉCNICA, son aportaciones fiscales, y aún más, un tratadista mexicano, muy prestigioso, las define como impuestos (Se refería a Ernesto Flores Zavala en su obra Elementos de Finanzas Públicas Mexicanas). Esta concepción deriva de la reforma del artículo 135 de la Ley. El precepto, en su versión primitiva, atribuía el carácter de ejecutivo al título en que constara la obligación de pagar las aportaciones al Seguro Social.

La experiencia, a pesar del procedimiento sumario de ejecución, muy pronto advirtió que éste no garantizaba cumplidamente el peculio adscrito al servicio frente a la morosidad de gran número de patronos. Había que buscar un procedimiento todavía más rápido y jurídicamente más eficaz para el cobro. En su virtud, se reformó el precepto, estableciéndose que la obligación de pagar las aportaciones que en ese artículo se regulan, los intereses moratorios que en el artículo 32 se imponen por mora, y los capitales constitutivos de los que trata el artículo 48, tendrán el CARÁCTER FISCAL. MAS ELLO NO

SIGNIFICA, MUY LEJOS DE ESTO, QUE ESTOS CRÉDITOS SEAN AUTÉNTICAMENTE FISCALES; SE LES OTORGA EL CARÁCTER A LOS SOLOS EFECTOS DE QUE FUERE APLICABLE UNA LEY PROCESAL PREEXISTENTE, EL CÓDIGO FISCAL DE LA FEDERACIÓN, y así en el caso de que los empleadores no hicieren el pago de los devengos voluntariamente al Instituto se remitieren las liquidaciones a las autoridades delegadas para el efecto, del Poder Ejecutivo, a las Oficinas Federales de Hacienda, que correspondieren, para aplicar la facultad económico-coactiva.”⁵³.

Posteriormente al Poder Legislativo le pareció mas sencillo modificar el texto del Código Fiscal de la Federación, agregando un nuevo rubro de tributos a los que denominó “Aportaciones de Seguridad Social” y se le atribuyeron al Instituto Mexicano del Seguro Social las facultades que, hasta entonces, solo correspondían a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (pues ninguna otra dependencia del Sector Central tiene facultades para aplicar el procedimiento administrativo de ejecución). La situación fue evolucionando (o distorsionándose) hasta que, en la actualidad, la Ley del Seguro Social mantiene las facultades del Instituto para que cobre las cuotas que inmediatamente debe destinar, las que corresponden, a las cuentas individuales... De esta manera estamos ante un super organismo descentralizado, que tiene personalidad jurídica y patrimonio propios, con autonomía orgánica, financiera y técnica pero con facultades solo atribuidas al fisco federal para aplicar el Procedimiento Administrativo de Ejecución para cobrar a favor de Instituciones del Sistema Financiero, las cuotas que corresponden a las cuentas individuales que, formalmente pertenecen al trabajador, pero de cuyos fondos no pueden disponer, teniendo las Administradoras de Fondos para el Retiro, fondos para invertir en Sociedades de Inversión (en la Bolsa de Valores) siendo garante de la cobranza el Instituto mediante la aplicación del mencionado Procedimiento que dicho sea de paso,

⁵³ Instituto Mexicano del Seguro Social, op. cit. p408 y 409

desde una perspectiva personal, se considera un caso de excepción importante al principio consagrado en el artículo 14 constitucional. Todo lo anterior se señala con conocimiento de que existen criterios de la Corte que sustentan la viabilidad de la aplicación de dicho Procedimiento por el Instituto respaldándose en los fines que persigue la Institución. El fundamento de las facultades del Instituto antes citadas se desprende del texto de los artículos de la Ley del Seguro Social que se transcriben a continuación:

Artículo 251. El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene las facultades y atribuciones siguientes:

...

XII. Recaudar y cobrar las cuotas de los seguros de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez y vida, guarderías y prestaciones sociales, salud para la familia y adicionales, los capitales constitutivos, así como sus accesorios legales, percibir los demás recursos del Instituto, y llevar a cabo programas de regularización de pago de cuotas. De igual forma, recaudar y cobrar las cuotas y sus accesorios legales del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez;

XIII. Establecer los procedimientos para la inscripción, cobro de cuotas y otorgamiento de prestaciones;

XIV. Determinar los créditos a favor del Instituto y las bases para la liquidación de cuotas y recargos, así como sus accesorios y fijarlos en cantidad líquida, cobrarlos y percibirlos, de conformidad con la presente Ley y demás disposiciones aplicables.

Las liquidaciones de las cuotas del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez podrán ser emitidas y notificadas conjuntamente con las liquidaciones de las aportaciones y descuentos correspondientes al

Fondo Nacional de la Vivienda por el personal del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, previo convenio de coordinación con el citado Instituto;

XV. Determinar la existencia, contenido y alcance de las obligaciones incumplidas por los patrones y demás sujetos obligados en los términos de esta Ley, aplicando en su caso, los datos con los que cuente o con apoyo en los hechos que conozca con motivo del ejercicio de las facultades de comprobación de que goza como autoridad fiscal o bien, a través de los expedientes o documentos proporcionados por otras autoridades fiscales;

XVI. Ratificar o rectificar la clase y la prima de riesgo de las empresas para efectos de la cobertura de las cuotas del seguro de riesgos de trabajo;

XVII. Determinar y hacer efectivo el monto de los capitales constitutivos en los términos de esta Ley;

XVIII. Ordenar y practicar visitas domiciliarias con el personal que al efecto se designe y requerir la exhibición de libros y documentos, a fin de comprobar el cumplimiento de las obligaciones que establece la Ley y demás disposiciones aplicables;

XIX. Ordenar y practicar las investigaciones correspondientes en los casos de sustitución patronal y de responsabilidad solidaria previstos en esta Ley y en el Código, y emitir los dictámenes respectivos;

XXI. Revisar los dictámenes formulados por contadores públicos sobre el cumplimiento de las disposiciones contenidas en esta Ley y sus reglamentos, así como imponer a dichos contadores públicos, en su

caso, las sanciones administrativas establecidas en el reglamento respectivo;

XXV. Aplicar el procedimiento administrativo de ejecución para el cobro de las liquidaciones que no hubiesen sido cubiertas oportunamente, con sujeción a las normas del Código y demás disposiciones aplicables;

XXVI. Emitir y notificar por el personal del Instituto, las cédulas de determinación de las cuotas del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, conjuntamente con las liquidaciones de las aportaciones y descuentos correspondientes al fondo nacional de la vivienda, previo convenio de coordinación con el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, en dispositivos magnéticos, digitales, electrónicos o de cualquier otra naturaleza, o bien en documento impreso;

XXX. Aprobar las normas y bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Instituto, cuando fuere notoria la imposibilidad práctica de su cobro o la incosteabilidad del mismo. La cancelación de estos créditos no libera al deudor de su obligación de pago;

XXXIII. Celebrar convenios de reconocimiento de adeudos y facilidades de pago, relativos a cuotas obrero patronales, capitales constitutivos, actualización, recargos y multas; aprobar el cambio de garantía de dichos convenios, y la cancelación, de conformidad con las disposiciones aplicables, de créditos fiscales a favor del Instituto y a cargo de patrones no localizados o insolventes de acuerdo a los montos autorizados por el Consejo Técnico del Instituto;

XXXIV. Tramitar y, en su caso, resolver el recurso de inconformidad a que se refiere el artículo 294 de esta Ley, así como los recursos previstos en el Código, respecto al procedimiento administrativo de ejecución;

XXXV. Declarar la prescripción de la obligación patronal de enterar las cuotas obrero patronales y los capitales constitutivos, cuando lo soliciten los patronos y demás sujetos obligados, en los términos del Código;

Artículo 270. El Instituto, en su carácter de organismo fiscal autónomo, se sujetará al régimen establecido en esta Ley, ejerciendo las atribuciones que la misma le confiere de manera ejecutiva, con autonomía de gestión y técnica, en los ámbitos regulados en la presente Ley.

Artículo 272. El Instituto, en materia de presupuesto, gasto y su contabilidad, se regirá por lo dispuesto en esta Ley y, en lo no previsto expresamente en ella, aplicará la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal y disposiciones que de ella emanen.

En este caso se refiere a la hoy Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria publicada en el Diario Oficial de la Federación de fecha 30 de marzo de 2006, que entró en vigor el 1 de abril del mismo año y que abrogó la citada Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.

Artículo 287. Las cuotas, los capitales constitutivos, su actualización y los recargos, las multas impuestas en los términos de esta Ley, los gastos realizados por el Instituto por inscripciones improcedentes y los

que tenga derecho a exigir de las personas no derechohabientes, tienen el carácter de crédito fiscal.

Artículo 288. En los casos de concurso u otros procedimientos, en los que se discuta la prelación de créditos, los del Instituto serán preferentes a cualquier otro.

Artículo 289. En el supuesto a que se refiere el artículo anterior, los créditos del Instituto se cobrarán sólo después de los créditos de alimentos, de salarios y sueldos devengados en el último año o de indemnizaciones a los trabajadores, que gozarán de preferencia de acuerdo con la Ley Federal del Trabajo.

Artículo 290. Para los efectos de pago de los créditos a que se refiere el artículo 287 de esta Ley, se considera que hay sustitución de patrón cuando:

- I. Exista entre el patrón sustituido y el patrón sustituto transmisión, por cualquier título, de los bienes esenciales afectos a la explotación, con ánimo de continuarla. El propósito de continuar la explotación se presumirá en todos los casos, y*
- II. En los casos en que los socios o accionistas del patrón sustituido sean, mayoritariamente, los mismos del patrón sustituto y se trate del mismo giro mercantil.*

En caso de sustitución de patrón, el sustituido será solidariamente responsable con el nuevo de las obligaciones derivadas de esta Ley, nacidas antes de la fecha en que se avise al Instituto por escrito la sustitución, hasta por el término de seis meses, concluido el cual todas las responsabilidades serán atribuibles al nuevo patrón.

El Instituto deberá, al recibir el aviso de sustitución, comunicar al patrón sustituto las obligaciones que adquiere conforme al párrafo anterior.

Igualmente deberá, dentro del plazo de seis meses, notificar al nuevo patrón el estado de adeudo del sustituido.

Cuando los trabajadores de una empresa reciban los bienes de ésta en pago de prestaciones de carácter contractual por laudo o resolución de la autoridad del trabajo y directamente se encarguen de su operación, no se considerará como sustitución patronal para los efectos de esta Ley.

Artículo 291. El procedimiento administrativo de ejecución para el cobro de los créditos a que se refiere el artículo 287 de esta Ley, que no hubiesen sido cubiertos oportunamente al Instituto, se aplicará por éste, con sujeción a las normas del Código y demás disposiciones aplicables, a través de sus unidades administrativas facultadas al efecto.

La enajenación de los bienes que el Instituto se adjudique con motivo de la aplicación del procedimiento administrativo de ejecución, se realizará en subasta pública o por adjudicación directa, en los términos y condiciones que señale el reglamento respectivo, que se publicará en el Diario Oficial de la Federación. En el caso de valores, de renta fija o variable, éstos se enajenarán conforme a los lineamientos que al efecto emita el Consejo Técnico.

Las cantidades que se obtengan respecto del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez de acuerdo a lo señalado en este artículo, deberán ser puestas a disposición de la Administradora de Fondos para el Retiro que lleve la cuenta individual del trabajador de que se trate, a más tardar dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha de su cobro efectivo. En caso de no hacerlo, se causarán recargos y actualización a cargo del Instituto o de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, según corresponda, y a favor del trabajador, en los términos establecidos en el Código.

Artículo 294. Cuando los patrones y demás sujetos obligados, así como los asegurados o sus beneficiarios consideren impugnabile algún acto definitivo del Instituto, podrán recurrir en inconformidad, en la forma y términos que establezca el reglamento, o bien proceder en los términos del artículo siguiente.

Las resoluciones, acuerdos o liquidaciones del Instituto que no hubiesen sido impugnados en la forma y términos que señale el reglamento correspondiente, se entenderán consentidos.

4. Órganos de Gobierno. Facultades.

Los órganos de gobierno del Instituto en su calidad de organismo descentralizado han sido, desde la Ley del Seguro Social de 1943, la Asamblea General, el Consejo Técnico, la Comisión de Vigilancia y el Director General de conformidad con el texto del artículo 109 de dicho ordenamiento. Los tres primeros órganos son colegiados y tripartitas siendo la autoridad suprema la Asamblea General cuyos integrantes son nombrados por las partes interesadas en el Instituto, dígase, patrones, trabajadores y gobierno. La Asamblea General, a su vez y como órgano supremo, nombra a los representantes de los otros dos órganos de gobierno colegiados. No obstante lo anterior, desde su constitución, las funciones encomendadas al Consejo Técnico fueron vitales para la estructura y funcionamiento del Instituto dentro de cuyas facultades estaba lo que denominaba “*el establecimiento y clausura de Cajas Locales*” para el auxilio al Instituto en la administración del Sistema⁵⁴ además de las necesarias en su carácter de representante legal y administrador⁵⁵. Actualmente, la Asamblea General sigue siendo el órgano supremo y es quien discute y aprueba anualmente el estado de ingresos y gastos, balance contable, informe financiero y actuarial del Instituto e informe del Director General, entre otros de conformidad con el texto de los artículos 258 a 262 de la Ley. El Consejo Técnico como representante legal y

⁵⁴ Herrera Gutierrez Alfonso, op.cit. p225

⁵⁵ Idem .p221

administrador, decide sobre las inversiones, autoriza la celebración de convenios, discute y aprueba el proyecto de presupuesto de ingresos y egresos del Instituto, concede, rechaza y modifica pensiones, nombra y remueve a los trabajadores de confianza entre otros de conformidad con el texto de los artículos 263 a 264 de la Ley. Por otra parte esta la Comisión de Vigilancia entre cuyas facultades esta la vigilancia de las inversiones, la auditoría de los balances contables e informes financiero y actuarial así como la emisión de un dictamen sobre las actividades y los estados financieros acorde con el texto de los artículos 265 y 266. Finalmente, el Director General que es nombrado por el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, es el responsable de presentar anualmente el informe de actividades, el balance contable, el estado de ingresos y gastos, el informe financiero y actuarial así como ejercer las funciones en materia de presupuesto, con fundamento en el texto de los artículos 267 y 268 de la citada Ley.

5. Estructura Orgánica. Delegaciones.

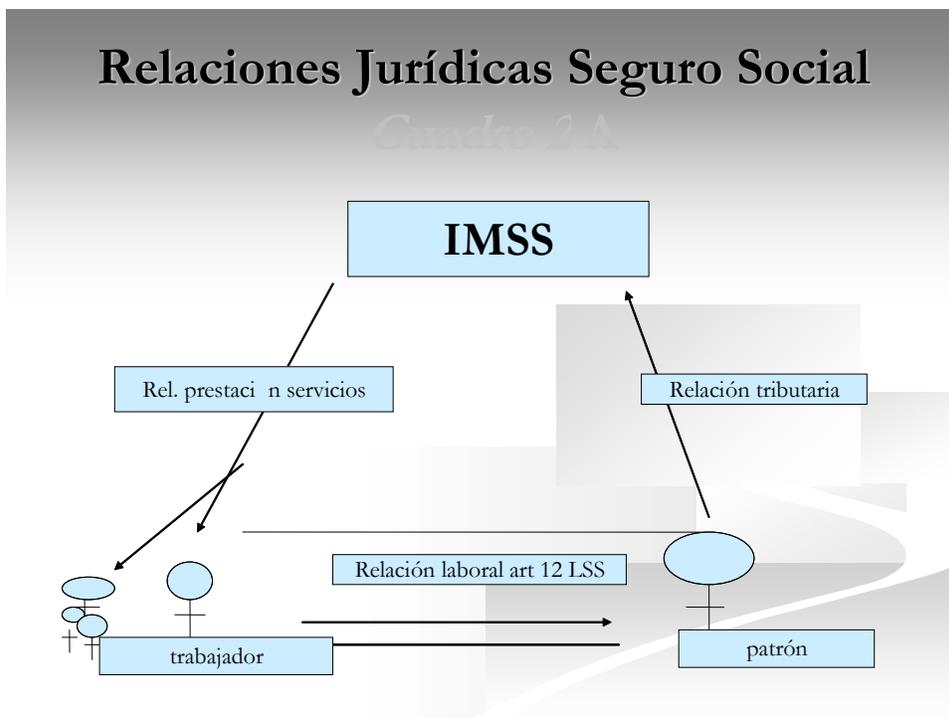
El fundamento se encuentra en el artículo 251-A de la Ley que establece en su texto que *“El Instituto, a fin de lograr una mayor eficiencia en la administración del Seguro Social y en el despacho de los asuntos de su competencia, contará con órganos de operación administrativa desconcentrada, así como con órganos colegiados integrados de manera tripartita por representantes del sector obrero, patronal y gubernamental, cuyas facultades, dependencia y ámbito territorial se determinarán en el Reglamento Interior del Instituto.”* La inclusión de este texto en la Ley era fundamental ya que las delegaciones y subdelegaciones del Instituto desempeñaban actividades de autoridad, incluso aplicaban procedimiento administrativo de ejecución sin contar con su reconocimiento en la Ley, que por principio de legalidad era poco sólido. La estructuración del Instituto en estas delegaciones y subdelegaciones en respuesta a la cobertura de población y territorio fue, entre otras, una muestra de la eficiencia administrativa del Instituto.

6. Facultades Materialmente Legislativas

Las Facultades materialmente legislativas del Instituto Mexicano del Seguro Social se desprenden de la fracción VIII del artículo 251 de la Ley del Seguro Social que le otorga atribuciones para “*Expedir lineamientos de observancia general para la aplicación para efectos administrativos de esta Ley*” siendo que, en principio, estas facultades solo corresponden al titular del Poder Ejecutivo Federal en virtud del texto del artículo 89 fracción I de la Constitución Política de los Estados Unidos. Un ejemplo de estas facultades del Instituto se traducen en el hoy vigente Instructivo para el Trámite y resolución de las quejas administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación de fecha 20 de septiembre de 2004 y que es aprobado por el Consejo Técnico del mismo Instituto. Otro ejemplo de ello son los Acuerdos emitidos por el Consejo Técnico del Instituto, uno de los cuales es el 43/2004 mediante el cual se aprueban los “Lineamientos para la Asignación de Número Patronal de Identificación Electrónica y Certificado Digital”. En el ejercicio de estas facultades materialmente legislativas, el Instituto invade la esfera de los particulares generándoles obligaciones que en muchos casos no son en su carácter de organismo descentralizado sino como organismo fiscal autónomo como es lo referente al número patronal de identificación electrónica y certificado digital. En lo referente al Instructivo para el Trámite y Resolución de quejas, su contenido está vinculado con las prestaciones en especie, por lo tanto, como sujeto pasivo de la prestación de un servicio público de atención médica que hasta fechas recientes se reguló en un reglamento y por lo tanto ya no esta sujeto simplemente a los criterios internos discrecionales del Instituto.

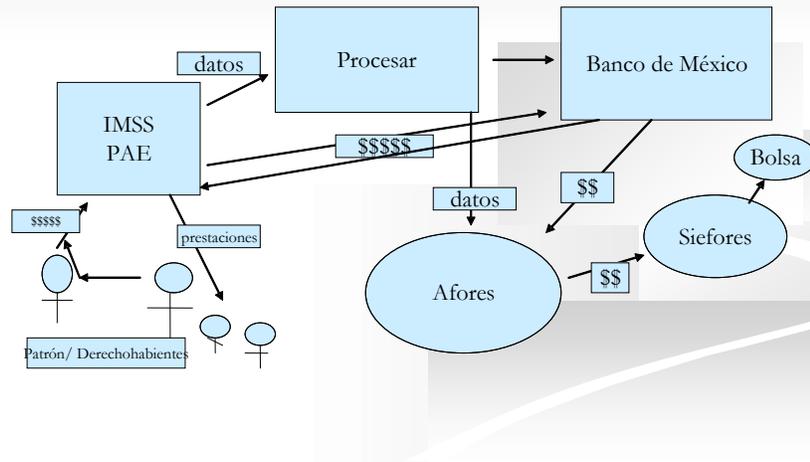
7. Análisis de las diversas relaciones jurídicas que se fincan con el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Las relaciones jurídicas que surgen en virtud de dicha ley son, por una parte, de subordinación entre el Instituto y los patrones, el primero como autoridad fiscal federal y el segundo como retenedor y obligado al pago; y por la otra, las relaciones de coordinación entre el Instituto y los derechohabientes en donde el Instituto es el sujeto pasivo obligado a la prestación de los servicios y el otorgamiento de pensiones y subsidios, y los derechohabientes son el sujeto activo o titular del derecho al servicio público de aseguramiento. Todas éstas relaciones jurídicas emergen de una relación jurídica principal, que es, por lo general, una relación de trabajo personal subordinado, materia de Derecho del Trabajo que es la generadora de obligación de la inscripción ante el Instituto del patrón y del trabajador. Lo anterior podría esquematizarse de la manera que se detalla en el **Cuadros 2 y 3**.



Cuadro 2

Relaciones en virtud de aseguramiento



Cuadro 3

Con las dos leyes anteriores, es decir, la de 1943 y la de 1973, la relación se mantenía entre el patrón y el trabajador como generadora de la obligación de aseguramiento; de ahí surgía la relación entre el Instituto y el Patrón y el Instituto y los derechohabientes como se señaló anteriormente. Lo que el Instituto hiciera con los recursos era independiente del derechohabiente quien solamente tenía que ajustarse al cumplimiento de los requisitos para recibir las prestaciones en caso de siniestro. Con la nueva ley surgen nuevos actores en las relaciones jurídicas vinculadas con el Instituto que aun no han expuesto la complejidad jurídica del esquema y que es el que se manifiesta en este Cuadro 3, pues los patrones pagan las cuotas y la información del trabajador y sus beneficiarios al Instituto, de ahí se generan vínculos divergentes, uno de la información y el otro de los recursos. La información pasa del Instituto a Procesar y de ahí a las afores para abrir la cuenta individual del trabajador. Los recursos, en cambio, pasan a los fondos manejados por el Banco de México, además del fondo que debe crear el Instituto. Esos recursos se distribuyen entre las Afores las cuales las invierten en las Siefores, es decir, en el Mercado de Valores, según la antigüedad del trabajador será el tipo de posibilidades que tenga la siefore de invertir en cartera

más o menos riesgosa, pues si son trabajadores con mucha antigüedad, no tendrán mucho margen. Ya en caso de siniestro, surge la figura de la Aseguradora con la que también se da relación jurídica. En este caso cabría cuestionar hasta qué punto todas estas disposiciones se tradujeron en una telaraña de relaciones jurídicas que dejan en situación de incertidumbre al trabajador ya que, en el momento de divergencia en las prestaciones tendría que iniciar el tortuoso camino de ver si el error es imputable al Instituto, a la Afore o a la Aseguradora, por citar un caso. La Seguridad Social se creó para proteger al trabajador. A un trabajador siniestrado o a sus familiares, les interesa obtener sus prestaciones y que estas se les manifiesten en lenguaje sencillo y comprensible. Lo que el Instituto y los demás actores tengan que hacer para que sea financieramente redituable, no es asunto del trabajador, salvo que pretendamos que, además de batallar con un salario de hambre, una capacidad adquisitiva del salario en constante merma y problemas ante un siniestro, además lleve las cuentas peleándolo contra el sistema financiero mexicano. Esto en lo personal se considera fuera de contexto y ajeno a cualquier principio de solidaridad social del seguro social y de la seguridad social pero además, contrario al objeto de un servicio público que consiste, justamente, en satisfacer las necesidades de carácter general de la población queda frente a una situación de vulnerabilidad ante la inseguridad social.

III. Características del servicio público del Seguro Social a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social desde la Ley de 1943 hasta el 2008.

1. Definición y Características del Servicio Público del Seguro Social
2. Regímenes
3. Seguros
4. Prestaciones
5. Financiamiento
6. Distorsiones

1 . Definición y Características del Servicio Público del Seguro Social

Como se ha mencionado de manera reiterada, desde su constitución, el Seguro Social ha sido un servicio público de aseguramiento. No obstante en la Ley de 1943 no se manifestaba de manera expresa si existían diferentes referencias a asegurado y seguros. Ya a partir de la Ley de 1973 se establecía el señalamiento de seguros, riesgos, siniestros, contingencias y asegurado, toda ésa terminología propia del contrato de seguro pero ahora aplicable al Seguro Social. En la actual Ley, el texto del artículo 7 establece que *“El Seguro Social cubre las contingencias y proporciona los servicios que se especifican a propósito de cada régimen particular, mediante prestaciones en especie y en dinero, en las formas y condiciones previstas por esta Ley y sus reglamentos”*. En este sentido por contingencia el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española establece que proviene del latín *contingentia* y la define como *“riesgo” “cosa que puede o no suceder”*.⁵⁶ También en el artículo 11 se señala que *“ el régimen obligatorio comprende los seguros de: (I) Riesgos de Trabajo; (II) Enfermedades y Maternidad; (III) Invalidez y Vida; (IV) Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez; (V) Guarderías y prestaciones sociales. Asimismo, en el artículo 12 se indica que “Son sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio.....”* Por otra parte, el

⁵⁶ Página de la Real Academia de la lengua española
http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=contingencia

artículo 112, por citar un ejemplo, contempla que *“Los riesgos protegidos en este Capítulo...”*

Es así como lo que no se duda es que el Seguro Social sea un servicio público de aseguramiento que, conforme a la clasificación doctrinaria del profesor italiano Arnaldo de Valles citada por el Doctor Jorge Fernández Ruiz, es un servicio público propio ya esta *“actividad la reconoce la ley como servicio público y la desempeña directamente la administración pública (a través del Instituto Mexicano del Seguro Social como organismo descentralizado) o, indirectamente, por medio de particulares en quienes delega su ejecución (como sería la prestación de servicios de atención médica, por citar un ejemplo. En este último caso, delega la ejecución del otorgamiento de las prestaciones pero el aseguramiento es a cargo del Instituto con quien se finca la relación jurídica de aseguramiento)...”*⁵⁷

De esta manera desde sus orígenes se le atribuyó el carácter de seguro orientado a proteger a la clase trabajadora que era considerada la generadora de riqueza en la que descansaba la industria de un país. Esto se podía ver en el proyecto inicial del Seguro Social y que al parecer, en muchos sentidos, con la evolución del Sistema, se ha olvidado el concepto de Seguro para pretender darle la connotación de fuente de financiamiento de Deuda Interna o mecanismo de Ahorro Interno. Indudablemente con el nivel de salarios que existe en nuestro país y el deterioro en la capacidad adquisitiva del salario, difícilmente el trabajador puede ahorrar aunque sí es factible que los recursos afectos al seguro social se canalicen para tal efecto, pero sin distorsionar la figura jurídica de aseguramiento ni la finalidad del seguro social que es, en sí, proteger contra contingencias que merman o destruyen la capacidad productiva del sujeto. Es por la importancia de esta consideración que a continuación se transcriben algunos de los razonamientos esgrimidos en la Ley del Seguro Social de 1943 comentada por uno de los miembros de la Comisión Redactora.

“A las eventualidades de un daño está expuesta toda la colectividad; pero las consecuencias económicas de éste son enormemente más perjudiciales cuando afectan a los obreros, que cuando atacan a

⁵⁷ Fernández Ruiz Jorge. *Servicios Públicos Municipales*. op.cit. p103

personas de cierta posición económica, que pueden hacer frente a las mismas. Además, el trabajador se encuentra expuesto a los riesgos inherentes al trabajo que desempeña, tanto por el peligro que entraña la maquinaria, como por lo inadecuado del medio en que con frecuencia se ve obligado a laborar.

El seguro social garantiza a los trabajadores recursos económicos cuando por haber perdido su capacidad para el trabajo no pueden procurarse un salario, o cuando por ciertos acontecimientos éste resulta insuficiente para satisfacer sus necesidades. Tal sistema es el medio de protección más eficaz, pues a las prestaciones que éste otorga tienen derecho los beneficiarios y no constituyen por ende, una liberalidad del Estado. Como una consecuencia, el pago de las prestaciones relativas no depende de las posibilidades de los órganos de asistencia, ni de la voluntad de los funcionarios administrativos y sólo está condicionado a la realización de los daños que asegura el sistema.”⁵⁸

“El fin que persigue el seguro social es disminuir todo cuanto sea posible las consecuencias de índole económica derivada de los siniestros....En tal virtud, cuando ocurre un siniestro que hace cesar transitoria o permanentemente su capacidad de trabajo, se enfrentan a una realidad que tiene por marco el hambre y la miseria.”⁵⁹

“...para poder ahorrar en prevención de un desembolso futuro, es necesario, ante todo disponer de tiempo. En cambio, el que se asegura queda cubierto desde el instante mismo en que toma el seguro, por pequeña que sea su primera aportación (aún cuando en casi todos los países se establezcan breves períodos de espera para tener derecho a los beneficios del régimen).

Esta protección tampoco puede suministrarla la asistencia, que limita sus beneficios a lo estrictamente indispensable y se basa en la caridad

⁵⁸ Herrera Gutierrez Alfonso, op. cit. p20

⁵⁹ Idem p11

y en la compasión a los necesitados, no obstante el progreso que han alcanzado las leyes de asistencia en los siglos XIX y XX, razón por la cual determina que los que acuden a ella en demanda de auxilio sean considerados como parias por la colectividad en que viven.

En efecto, se suministra ayuda al indigente sin averiguar –dice Augusto Bunge- si lo puso en ese estado la pereza, el vicio, la imprevisión o la desgracia. Esta es la esencia de su nobleza, pero también su más grave falla en la práctica, porque tiene por consecuencia el régimen tutorial. Por el contrario, los beneficios del seguro constituyen un derecho individualmente adquirido y resultan de la solidaridad en su forma más elevada y dignificadora.”⁶⁰

Es así como el servicio público del Seguro Social acorde a los criterios señalados por el Doctor Jorge Fernández Ruiz⁶¹ podría clasificarse de la siguiente manera:

1. Es un servicio público *uti singuli* ya que puede identificarse a sus usuarios. En el caso del Seguro Social a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social, los asegurados en primer término son los trabajadores y de ahí son derechohabientes los familiares del asegurado según el tipo de ramo de aseguramiento o del seguro que se trate, del riesgo amparado y de las prestaciones consideradas para ese riesgo en ese seguro dentro de ese ramo de aseguramiento.
2. En cuanto a la gestión, es de *gestión pública* ya que su prestación debe estar garantizada, regulada y otorgada, en primer término, por el organismo público descentralizado Instituto Mexicano del Seguro Social. Aunque existe la posibilidad de la participación del sector privado a través de la figura de la “subrogación de servicios” en materia de prestaciones en especie del Ramo de Enfermedades y Maternidad, el sujeto pasivo del otorgamiento de las prestaciones al derechohabiente en caso de siniestro es el Instituto. Por otra parte en cuanto a las Afores en materia del Seguro

⁶⁰ Idem p12

⁶¹ Fernández Ruiz Jorge, *Derecho Administrativo y Administración Pública*, op. cit. p70

de Retiro, Cesantía y Vejez así como en cuanto a las Aseguradoras para la contratación del Seguro de Supervivencia, estamos ante una prestación indirecta de servicios de administración de recursos y de aseguramiento en donde, aunque no esta otorgada sí esta garantizada y regulada por el Instituto.

3. En virtud del aprovechamiento, es *obligatorio* ya que el trabajador y sus beneficiarios quedan amparados independientemente de que lo deseen o lo pacten y sea que en caso de siniestro acudan a recibir las prestaciones en dinero o en especie que correspondan según el ramo y el siniestro. Esto encuentra su fundamento en el artículo 12 de la Ley del Seguro Social que establece que las personas en dichos supuestos son sujetos al régimen obligatorio. Asimismo, queda respaldado con los artículos 304, 304-A y 304-B que establecen sanciones para los patrones en caso de que no inscriban a sus trabajadores y los artículos 77 a 79 que hacen referencia al fincamiento de capitales constitutivos al patrón que no inscriba a su trabajador y ocurra un siniestro que genere derecho a las prestaciones y que no condiciona el otorgamiento de las prestaciones al aseguramiento ya que éste es obligatorio desde el momento mismo en que se cae en el supuesto contemplado en el artículo 12.
4. En cuanto al carácter de la prestación, es *obligatorio* ya que el patrón está obligado a inscribir al trabajador ante el Instituto y éste a su vez está obligado a prestar el servicio al sujeto desde el momento mismo en el que se cae en el supuesto establecido como obligatorio al aseguramiento como se mencionó en el numerario que antecede.
5. Por lo que se refiere a su importancia, es un servicio público *indispensable* ya que no puede concebirse que el aseguramiento para proteger al individuo en su salud o protección de sus medios de subsistencia en caso de siniestro sea secundario o superfluo.
6. En lo que concierne al carácter de la necesidad, en teoría podría considerarse que es un servicio público esporádico, ya que la ocurrencia de un siniestro que vulnere la salud o la capacidad de generar un salario no es

o no debería de ser algo cotidiano. Sin embargo, en el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social, las prestaciones en materia de salud son necesidades *constantes*, sea al trabajador o a sus beneficiarios.

7. Respecto al cobro, es un servicio público *oneroso* ya que, aunque al trabajador o a sus beneficiarios no les cuesta en el momento de obtener las prestaciones en dinero o en especie, si hay cobro por el aseguramiento en donde el sujeto pasivo por excelencia es el patrón ya que es sujeto pasivo de la relación tributaria incluso como retenedor y obligado al entero de las cuotas que corresponden al trabajador.
8. En relación con la competencia económica, el régimen es *monopólico* ya que, aunque existe la posibilidad de complemento con seguros privados en régimen de libre competencia, el único prestador del servicio público del seguro social para trabajadores del Apartado “A” del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos es el Instituto Mexicano del Seguro Social pues como se ha señalado anteriormente, las prestaciones en dinero y en especie no son el servicio público que se presta sino son justamente las consecuencias que derivan de un siniestro en virtud del servicio de aseguramiento.
9. Por lo que concierne a la competencia, es *federal* ya que justamente la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos otorga facultad al Congreso de la Unión para expedir la Ley del Seguro Social que ampare a los trabajadores del apartado “A” del artículo 123, amén de que la misma Ley del Seguro Social le da el carácter de “Nacional”.

2 . Regímenes

Hay que partir de la premisa de que el Seguro Social es un “Seguro” que cubre las contingencias y otorga las prestaciones acorde a la Ley. Dependiendo de si el aseguramiento se desprende de una obligación por ley o de la voluntad del sujeto, estaremos ante el Régimen Obligatorio o en el Voluntario respectivamente de

conformidad con el texto del artículo 6 de la Ley del Seguro Social. Existen dos figuras intermedias que en sí, son modalidades del régimen voluntario (antes de la reforma del 1995 eran del régimen obligatorio) y son la Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio y la Incorporación Voluntaria en el Régimen Obligatorio.

El Régimen Obligatorio es al que tienen que afiliarse todos los trabajadores a que se refiere el apartado "A" del artículo 123 constitucional, es decir, sujetos de una relación laboral (exista o no contrato); pero además, los socios de sociedades cooperativas y personas que determine el Ejecutivo mediante Decreto de conformidad con el texto del artículo 12 de la Ley del Seguro Social. Este régimen se divide en varios seguros bajo los cuales se otorga una diversidad de prestaciones que se aglutinan en, prestaciones en dinero y prestaciones en especie. Las prestaciones en dinero se subdividen en subsidio (carácter temporal) y pensiones (carácter más permanente, sujeto a requisitos de revisión periódica). Las prestaciones en especie son, fundamentalmente, las que se refieren a la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria aunque en el caso del Seguro de Riesgos de Trabajo también incluye prótesis, ortopedia y rehabilitación. De esta manera, la base gravable sobre la cual se calculan las cuotas es el denominado Salario Base de Cotización que es el salario nominal que percibe un trabajador por su trabajo en el cual se incluyen todas las prestaciones que percibe salvo aquellas que se mencionan como exclusiones en el artículo 27 de la Ley del Seguro Social. En este sentido, el primer punto consiste en obtener el salario nominal diario que se hace dividiendo la percepción en dinero que periódicamente percibe el trabajador entre los días del período que se otorgan. Así por ejemplo, si el pago es quincenal, el salario se divide entre 15 y se obtiene el salario nominal diario. Posteriormente, de todas las prestaciones que se le otorgan con motivo del trabajo y que no están dentro de las exclusiones que señala la Ley, se saca la proporción en que incrementan el salario nominal diario. Este aspecto es de gran importancia ya que este salario es el que será tomado en cuenta para el cálculo de las prestaciones en dinero en caso de siniestro.

El Régimen Voluntario, como su nombre lo indica, es aquel en el que sujetos se afilian por voluntad propia y el Instituto se reserva el derecho de su inscripción al cumplimiento de los requisitos y condiciones establecidos en la Ley y las que fije el Instituto. Los seguros de este régimen se rigen más bien por criterios de derecho privado y no de seguro social. El primero es el llamado Seguro de Salud para la Familia y está contemplado en los artículos 240 a 245 de la Ley. Curiosamente este seguro es mal llamado “de salud para la familia” cuando la protección y el pago es por sujeto y no por núcleo familiar. Finalmente es una forma de medicina prepagada anualmente por sujeto obligado con base en su edad y lo único que tiene que ver con la familia es que remite al artículo 84 que se refiere a los derechohabientes de un trabajador asegurado en el régimen obligatorio que por cualquier razón dejan de ser titulares a las prestaciones del Ramo de Enfermedades y Maternidad.

El otro seguro del Régimen Voluntario es el denominado Seguros Adicionales que se refiere a aquellos contratados por los patrones con el Instituto, cuando los patrones han concedido ciertas prestaciones a sus trabajadores por encima de las otorgadas en la Ley del Seguro Social y en el lugar de el patrón absorber este costo, contrata con el Instituto para que, llegado el supuesto, los trabajadores reciban estas prestaciones por el Instituto. En este caso es, por citar un caso, cuando se pacta en contrato colectivo la posibilidad de pensionarse por vejez antes de los 65 años o incluso, que la pensión por incapacidad permanente total sea del 80 y no del 70 por ciento del salario base de cotización.

En cuanto a la Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio, originalmente permitía que una persona que hubiera cotizado en el régimen obligatorio pudiera continuar asegurada en dicho régimen absorbiendo la totalidad de las cuotas obrero-patronales y por lo tanto era sujeto de aseguramiento en el régimen obligatorio con ciertas restricciones. Por ejemplo, no podía estar protegido por Riesgos de Trabajo justamente porque ya no era sujeto de la relación laboral y por lo tanto no estaba expuesto a riesgos de trabajo. Tampoco se otorgaban los subsidios del Ramo de Enfermedades y Maternidad ya que el subsidio es la

prestación que se otorga mientras subsiste la relación de trabajo pero que por algún siniestro no puede desempeñarlo y mientras tanto el Instituto le daba las prestaciones en dinero con la intención de que al reincorporarse al trabajo, se terminara el subsidio. Pero las prestaciones en especie del Ramo de Enfermedades y Maternidad y las pensiones eran bajo criterios de Régimen Obligatorio. Actualmente la Continuación Voluntaria solo se refiere a los Ramos de Invalidez y Vida y de Retiro, Cesantía y Vejez. Así es que si una persona que ha cumplido un año inscrita en el Seguro Social dentro del Régimen Obligatorio, desea continuar con el servicio médico, tendrá que obtener el denominado Seguro de Salud para la Familia y por lo tanto, sujeto al Régimen Voluntario y quedando desvirtuado el concepto de Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio, por lo menos en materia de atención médica que era por lo que muchas personas lo acogían.

En lo que se refiere a la Incorporación Voluntaria en el Régimen Obligatorio, esta modalidad está sujeta a la expedición de decretos por el Ejecutivo y se refiere a los sujetos enumerados en el artículo 13 de la Ley regulándose en los artículos 231 a 239 de la Ley del Seguro Social.

Es importante señalar que cuando se cita a las Aportaciones de Seguridad Social como Ingresos Tributarios, nos referimos al Régimen Obligatorio. Los recursos del régimen voluntario y las modalidades de Incorporación Voluntaria y Continuación Voluntaria ambas, en el Régimen Obligatorio no caen en el rubro de Aportaciones de Seguridad Social como ingresos tributarios.

3 . Seguros

Incorrectamente se denomina Seguros a los que son Ramos de Aseguramiento en el Régimen Obligatorio dentro de los cuales hay dos o más seguros en algunos casos. La división en ramos obedecía originalmente a criterios financieros ya que

la creación de los ramos se vinculaba con las cuotas con las que se financiaban los seguros de un ramo. Con las reformas de 1995, ese principio implícito de que la integración de seguros en cada ramo era para su financiamiento se ha roto ya que, como se ve, ahora en algunos casos, se hace trato diferenciado a las cuotas de los seguros en un mismo ramo, como es el caso del Seguro de Retiro, Cesantía y Vejez e incluso el de Enfermedades y Maternidad.

De manera sucinta podría decirse que es importante diferenciar los riesgos que están contemplados en la Ley como supuestos, y que una vez que se realizan, pueden generar como consecuencia algún daño en la salud y/o capacidad de generar recursos, dando por ello derecho a las prestaciones que son en dinero y en especie. Las prestaciones en dinero pueden ser subsidios o pensiones dependiendo del carácter temporal o más o menos definitivo de la prestación. Las prestaciones en especie son, en todos los casos, atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria y, en ciertos casos, como se verá, hay más.

El Ramo de Riesgos de Trabajo consagra solamente ese seguro y protege contra accidentes o enfermedades a las que están expuestos los trabajadores en o con motivo del trabajo. De conformidad con el texto del artículo 42 de la Ley del Seguro Social, *“Accidente de trabajo es considerada toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte producida repentinamente en ejercicio o con motivo del trabajo, cualesquiera que sea el lugar y el tiempo en que dicho trabajo se preste”*. Por otra parte, *“Enfermedad de trabajo es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo, o en el medio en el que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios”* de conformidad con el texto del artículo 43 del citado ordenamiento. Es importante destacar que se puede gozar de esta prestación sin necesidad de que el trabajador haya cotizado previamente. Eso es lo que se conoce como periodo de espera y que en los demás Ramos sí se exige. El criterio que rige este Ramo es “orgánico” a diferencia del establecido en el Ramo de Invalidez, como se verá, en donde el criterio es “de productividad”. En

cuanto a las prestaciones en especie es importante señalar que son más generosas que las que corresponden al Ramo de Enfermedades y Maternidad porque en este caso incluyen prótesis y ortopedia además de rehabilitación, rubros todos ellos gravosos. Queda claro que las prestaciones en especie del Ramo de Riesgos de Trabajo solamente son para el trabajador ya que es el único que está expuesto a accidentes o enfermedades en o con motivo del trabajo. Los familiares tienen derecho a prestaciones en especie pero del Ramo de Enfermedades y Maternidad.

El Ramo de Enfermedades y Maternidad se divide en dos seguros, el de enfermedades por una parte y el de maternidad por el otro. Este ramo ha sido el que ha colocado al Instituto Mexicano del Seguro Social a la vanguardia en materia de salud ya que su constitución como organismo descentralizado y la disposición de recursos de manera rápida (por gozar de la posibilidad de aplicar el Procedimiento Administrativo de Ejecución) y además de disponer de recursos provenientes de pensiones que en el momento de su percepción no implicaba ninguna erogación, desde la constitución misma del Instituto, permitió que se establecieran clínicas y hospitales e incluso centros médicos en zonas en donde la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud estaban limitados, por rigidez orgánica y presupuestal. Claro que el momento de tener que pagar las pensiones ha llegado y es ahí en donde se dice que el Instituto no tiene liquidez pero sería importante que cobre las facturas pendientes con las instancias institucionales competentes. Ahora bien, este ramo implica el otorgamiento de prestaciones en especie (atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria) para los beneficiarios del trabajador y pensionados y sus beneficiarios; y prestaciones en dinero para el trabajador. De esta manera, este ramo de aseguramiento ampara el otorgamiento de prestaciones en especie de todos los demás seguros, (en el de Riesgos de Trabajo, se usan las instalaciones e insumos generados para el Seguro de Enfermedades y Maternidad, nada más que se incluye prótesis y ortopedia y rehabilitación que no se incluyen en el Seguro de Enfermedades del Ramo de Enfermedades y Maternidad). Las prestaciones en

dinero en este ramo de aseguramiento siempre son subsidios, no hay pensiones. A diferencia del Seguro de Riesgos de Trabajo, aquí surge una figura que se denomina “periodo de espera” mediante la cual no hay derecho a las prestaciones en dinero si no se cumple con una cotización previa a la fecha del siniestro. También surge la figura de conservación de derechos que no existe dentro del Seguro de Riesgos de Trabajo y que permite la extensión del plazo de disfrute de las prestaciones en especie durante un periodo posterior a la baja del régimen obligatorio.

Cuando hablamos de una incapacidad permanente (sea parcial o total) o de la muerte, pero que NO derivan de un Riesgo de Trabajo, estamos frente al Ramo de Invalidez y Vida que son dos seguros diferentes. Este ramo de aseguramiento solo se refiere a prestaciones en dinero ya que las prestaciones en especie serían las correspondientes (y con cargo) al Ramo de Enfermedades y Maternidad. Este ramo solo contempla pensión y no subsidio en cuanto a prestaciones en dinero y requiere un periodo de espera para tener derecho a las prestaciones. Luego entonces, las diferencias entre un sujeto que sufre un accidente o una enfermedad fuera del trabajo con uno que lo sufre son muy grandes ya que, el subsidio que se le otorga es del 60% conforme al Ramo de Enfermedades y Maternidad y no del 100% como es en el Riesgo de Trabajo; las prestaciones en especie no incluyen rehabilitación, ortopedia ni prótesis que si se otorgan en el de Riesgos de Trabajo; el porcentaje de la invalidez es del 35% sobre el promedio de salarios de los últimos 5 años y no el 70% del salario en el que esta cotizando en el momento del accidente o la enfermedad; finalmente está el periodo de espera, que no existe en el Seguro de Riesgos de Trabajo y por lo tanto se disfrutan de las prestaciones en el momento de siniestro certificado por el Instituto, pero no es tal en el de Invalidez y Vida que, como se verá, sí exige una cotización previa para tener derecho a las prestaciones.

El ramo de Retiro, Cesantía y Vejez ampara contra riesgos de que se llegue a cierta edad vivo, por curioso que esto resulte. En este Ramo es donde se dio un

giro radical en materia del Seguro Social con la Ley de Sistemas de Ahorro para el Retiro y con la denominada Pensión Mínima Garantizada. La idea es que el Sistema Financiero Mexicano maneje los recursos provenientes de las cuotas de este ramo de aseguramiento para que, cumplidos los requisitos, se tenga derecho a la pensión. La cesantía es a los 60 años, la vejez a los 65 y el retiro antes de esas edades si se cuenta con fondos suficientes. La relación jurídica se mantiene con el Instituto ya que es el punto de enlace con los diferentes actores a saber, Aseguradoras, Administradoras de Fondos para el Retiro, asegurado y, en su caso derechohabientes.

El ramo de Guarderías y Prestaciones Sociales implica dos seguros. En el primero, se otorgan prestación de servicios de Guarderías. En lo que se refiere a las prestaciones sociales, éstas son exclusivamente en especie y están orientadas al perfil preventivo de la medicina.

4 . Prestaciones

Cuando en materia del seguro social se hace referencia a prestaciones, se debe hacer una primera clasificación según el tipo de seguro dentro de los diversos ramos de aseguramiento y posteriormente debe determinarse si son en dinero y en especie.

En cuanto al Seguro de Riesgos de Trabajo, las prestaciones se otorgan sin considerar lo que se denomina como “Cotización Previa” o “Períodos de Espera”. Las prestaciones en especie son, bienes y servicios que el Instituto otorga al asegurado y que, en caso de ser un accidente o enfermedad EN o CON MOTIVO del trabajo, consisten en:

- a. Asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica;
- b. Servicio de hospitalización;
- c. Aparatos de prótesis y ortopedia, y
- d. Rehabilitación

Lo anterior es de conformidad con el texto del artículo 56 de la Ley del Seguro Social. Este es un punto importante que marca el carácter protector al trabajador en relación con el resto de la población, ya que como se verá en el Seguro de Enfermedades y Maternidad, que ampara contra accidentes o enfermedades que no son ni en ni con motivo del trabajo, los bienes y servicios que se otorgan no incluyen ni aparatos de prótesis y ortopedia ni la rehabilitación, que en muchos casos es de lo más gravoso y lento.

Antes de pasar a las prestaciones en dinero sería conveniente cuestionarse el contenido y alcance de estas prestaciones en especie. Por ejemplo, qué es asistencia médica, qué quirúrgica y qué farmacéutica, que se entiende por servicio de hospitalización, por aparatos de prótesis y ortopedia y por rehabilitación. A partir del año de 2006 se cuenta con un Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social que se publicó en el Diario Oficial de la Federación de fecha 30 de noviembre de 2006 y que entró en vigor al día siguiente de su publicación. Como era tradición en todo lo relativo al Seguro Social en cuanto a distorsiones, se abrogó un reglamento que había sido aprobado por el Consejo Técnico por lo que desde 1943 las prestaciones en especie en materia de salud por el Instituto se regían por disposiciones que eran expresión de facultades materialmente legislativas otorgadas a un organismo descentralizado. Retomando el contenido y alcance de las prestaciones, el término asistencia médica usado en la Ley no está definido en el Reglamento pero sí lo está atención médica como *“conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.”*⁶² Dicho reglamento no define la atención quirúrgica pero sí la atención médico quirúrgica y considera como tal *“El conjunto de acciones tendientes a prevenir, curar o limitar el daño en la salud de un paciente mediante la aplicación de los conocimientos*

⁶² Artículo 2 fracción IV del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. Agenda de Seguridad Social. Ediciones Fiscales ISEF. México 2008.

médicos y de las técnicas quirúrgicas aceptadas por la medicina.”⁶³ Finalmente, el reglamento define atención hospitalaria como “El conjunto de acciones que se realizan cuando por la naturaleza del padecimiento y a juicio del médico se hace necesario el internamiento el paciente en unidades hospitalarias.”⁶⁴ Los demás conceptos no están definidos en el Reglamento aunque curiosamente, cuando se ve la definición de Prestaciones en ese ordenamiento incluye la referencia a prestaciones en dinero siendo que solamente versa sobre prestaciones en especie. Si quisiera tenerse una idea de los conceptos faltantes podría ser conveniente analizar la Ley General de Salud y el Reglamento de dicha Ley en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Por ejemplo, en dicho reglamento se define la atención médica como “el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger y promover y restaurar su salud.”⁶⁵ Esta definición es muy similar a la contenida en el artículo 32 de la Ley General de Salud. Dentro de las actividades de atención médica dicho Reglamento incluye las preventivas, curativas y de rehabilitación en su artículo 8. En este sentido, la Ley General de Salud incluye las actividades paliativas además de las tres señaladas en el Reglamento. Respecto a atención farmacéutica, no hay definición aunque sí se define lo que son medicamentos e insumos para la salud y existe la referencia a prótesis y ortopedia. Finalmente en cuanto a rehabilitación, parece ser que podría considerarse que, por definición, está incluida dentro de la atención o asistencia médica. En fin, debe analizarse a detalle la reglamentación en materia de prestaciones en especie y su armonización con la Ley del Seguro Social, incluso terminológicamente hablando, pero también desde la perspectiva de la Ley General de Salud, por simple coherencia.

⁶³ Artículo 2fracción V del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. Agenda de Seguridad Social. Ediciones Fiscales ISEF. México 2008.

⁶⁴ Artículo 2fracción III del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. Agenda de Seguridad Social. Ediciones Fiscales ISEF. México 2008.

⁶⁵ Reglamento de la Ley General de Salud en materia Prestación de Servicios de Atención Médica. Artículo 7 fracción I. .Jurisconsulta SCJN Mayo 2009. LOPMON Software.

Para determinar las prestaciones en dinero debe antes atenderse a las diversas consecuencias que pueden derivar de un accidente o una enfermedad de trabajo, y estas pueden dividirse en⁶⁶:

- a) Incapacidad Temporal
- b) Incapacidad Permanente:
 - a. Total
 - b. Parcial
- c) Muerte

En este ramo la esencia radica en calcular la pensión por Incapacidad Permanente Total que es la que se toma como base para las demás prestaciones en dinero salvo el caso del subsidio por Incapacidad Temporal. En el caso de incapacidad temporal, el subsidio es del 100% del salario base de cotización con el que estaba inscrito el trabajador y se otorgará durante el tiempo que dure la incapacidad (en un plazo de un año) o se declare la incapacidad permanente⁶⁷. Si se trata de incapacidad permanente total, esto es con un criterio orgánico y no de posibilidad de generación de recursos. Esto se señala porque en el caso de la invalidez que es la equivalente a la incapacidad permanente pero derivada de un accidente o enfermedad que no son en o con motivo del trabajo, el criterio es en cuanto a la posibilidad de generación de recursos y no con un criterio orgánico que es el mismo que establece la Ley Federal del Trabajo a la cual remite la Ley del Seguro Social en materia de Riesgos de Trabajo. La incapacidad será permanente total cuando y en el momento en que así sea declarada por los médicos del Instituto. En ese caso ya se habla de pensión y esta equivale al 70 por ciento del salario base de cotización salvo que se trate de enfermedad profesional y tenga poco tiempo cotizando⁶⁸. Si la incapacidad es permanente parcial se debe buscar en la tabla contenida en la Ley Federal de Trabajo y obtener el porcentaje que establece dicha tabla para el padecimiento o daño orgánico que sufrió el trabajador, el cual

⁶⁶ Artículo 55 Ley del Seguro Social.
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>.

⁶⁷ Artículo 58. I Ley del Seguro Social. Idem

⁶⁸ Artículo 58.II Ley del Seguro Social. Idem

se aplica a la cantidad que correspondería por incapacidad permanente total. Es decir, al salario base de cotización se le calcula el 70 por ciento y a ese resultado se le aplica el porcentaje de la tabla de la Ley Federal del Trabajo y eso es lo que corresponde como pensión por incapacidad permanente parcial.⁶⁹ Existe la posibilidad de que en caso de que haya una incapacidad permanente parcial que caiga en un porcentaje hasta de un 25 por ciento, no haya pensión sino una indemnización global de 3 anualidades de lo que correspondería por pensión y si es de un 25 a un 50 por ciento, esa indemnización y la pensión son optativas para el trabajador. Jurídicamente esto es muy importante ya que el trabajador, al recibir la indemnización no genera derecho a prestaciones en especie como pensionado y por lo tanto, si el trabajador, por cualquier razón, queda privado de trabajo remunerado, deja de estar inscrito en el seguro social y por lo tanto ya no tiene derecho a las prestaciones en especie como pensionado del seguro social. Finalmente, aunque sea obvio decirlo, en caso de muerte del trabajador en o con motivo del trabajo, sus beneficiarios tienen derecho a las prestaciones en dinero de este seguro pero en cuanto a las prestaciones en especie tienen derecho a las del Ramo de Enfermedades y Maternidad ya que sólo el trabajador que sufre un accidente o enfermedad de trabajo tiene derecho a las prestaciones en especie del Ramo de Riesgos de Trabajo. Es así como los beneficiarios de un trabajador fallecido en o con motivo de un riesgo de trabajo, tienen como prestaciones en dinero las pensiones consagradas en la Ley⁷⁰ y que a grandes rasgos son el 40 por ciento a la viuda y 20 a cada uno de los huérfanos (que puede aumentarse a 30 en caso de que sea huérfano de padre y madre) siempre que el total de las pensiones no excedan del 70 por ciento del salario que sería lo que correspondería por incapacidad permanente total. En este punto es importante señalar la contratación del denominado “seguro de sobrevivencia” que es el que se debe contratar con los fondos acumulados en la cuenta del trabajador que es pensionado por una incapacidad permanente⁷¹. En este caso me permito exponer

⁶⁹ Artículo 58.III Ley del Seguro Social. Idem. Artículos 513 y 514 Ley Federal del Trabajo

⁷⁰ Artículo 64

⁷¹ artículo 58 fracción II de la Ley del Seguro Social. Idem

lo que al parecer es una expresión de autoridad pero que la que escribe percibe, más bien con un trasfondo de subordinación del Instituto al Sistema Financiero como lo demás tocante a las cuentas individuales. El Instituto es el "facultado" pero también el "obligado" a determinar lo que se denomina "monto constitutivo" y que se define como "*la cantidad que se requiere para contratar los seguros de renta vitalicia y de sobrevivencia con una institución de seguros*"⁷². Ahora bien, a ese monto constitutivo el Instituto debe restarle el saldo de la cuenta individual del trabajador y de ello resulta lo que se denomina como Suma Asegurada. De ahí, el trabajador contrata con la Institución de Seguros el Seguro de Sobrevivencia pero quien le paga a la Institución es el Instituto. Aquí yo me pregunto ¿entre quien esta fincada la relación jurídica de ese aseguramiento regido por principios de derecho privado? ¿Si existe problema con las prestaciones que otorgue la aseguradora a los beneficiarios en el caso del fallecimiento con base en los cálculos elaborados por el Instituto, se interpone medio de defensa ante el Instituto o ante Condusef contra la el Instituto, contra la Institución Aseguradora, contra la Afore o...? Creo que una de las grandes deficiencias de la introducción del esquema de cuentas individuales ha sido la complejidad en las relaciones jurídicas establecidas en donde se colocó al trabajador contra el Sistema Financiero. Este punto es, en sí mismo, materia de análisis especial que se comentó en el Cuadro 3.

En cuanto al Ramo de Enfermedades y Maternidad como se mencionó anteriormente, éste Ramo ha sido fundamental en el posicionamiento del Seguro Social dentro del Sistema Nacional de Salud. Como también se comentó en páginas previas, son dos seguros diferentes, el de enfermedades y el de maternidad y que originalmente estaban en un mismo Ramo ya que ambos seguros se financiaban con las mismas cuotas, situación que ya no necesariamente aplica.

Respecto al Seguro de Enfermedades se puede señalar que este ampara contra enfermedades o accidentes no profesionales, es decir, aquellas que no se dan ni

⁷² Artículo 159 fracción VII de la Ley del Seguro Social. Idem

EN ni CON MOTIVO del trabajo y otorga prestaciones en dinero y en especie. La prestación en dinero es exclusivamente subsidio y por lo tanto tiene un carácter temporal, su esencia no es la permanencia (que sí lo es de la pensión aunque esté sujeta a revisiones periódicas y renovación). El monto es inferior al que corresponde por riesgo de trabajo (que es del 100 ciento) ya que se otorga el 60 por ciento del salario base de cotización a partir del cuarto día hasta por un año y se puede prorrogar por otro medio año⁷³. Es importante que se considere que la enfermedad debe estar certificada por el Instituto y que se sigan las instrucciones médicas. En este caso sí existe lo que se denomina período de espera o cotización previa de por lo menos un mes antes de que tenga el accidente o la enfermedad⁷⁴. En caso de que se agote el plazo y la persona no se recupere tendría que verse si genera derecho a la pensión de invalidez pues de lo contrario, en ese momento, deja de recibir prestaciones en dinero. En lo que a las prestaciones en especie se refiere, en este Seguro, como también ya lo habíamos referido, se otorgan las siguientes prestaciones⁷⁵:

- I. Asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica;
- II. Servicio de hospitalización;

Eso quiere decir que, comparativamente con las de Riesgos de Trabajo, aquí no hay ni prótesis, ni ortopedia ni rehabilitación. Aquí cabría cuestionarse si, conforme a las definiciones de asistencia médica y rehabilitación, ésta última no esta incluida dentro de la primera.

Estas prestaciones se otorgan sin que se requiera el periodo de espera de un mes y la duración es de un año prorrogable por otro año. De esta manera si el sujeto no se recupera transcurrido el año y medio de disfrute del subsidio, todavía gozará durante medio año de las prestaciones en especie.

En lo relativo al Seguro de Maternidad las prestaciones en dinero son también subsidios pero del 100 por ciento del salario durante los cuarenta días previos y

⁷³ artículo 96 de la Ley del Seguro Social. Idem

⁷⁴ artículo 97 de la Ley del Seguro Social. Idem.

⁷⁵ Artículo 91 de la Ley del Seguro Social. Idem

los cuarenta días posteriores a la fecha probable del parto. Si el parto se adelanta se le paga el subsidio del primer plazo hasta donde le corresponda y sí se le dan los cuarenta días de subsidio del segundo plazo completo. Si el parto se retrasa se le dan los cuarenta días previos y los cuarenta posteriores al 100 por ciento del subsidio y los subsecuentes se pagan con el 60 por ciento como si fuera enfermedad no profesional⁷⁶. Sí se exige período de espera, es decir, una cotización previa de por lo menos siete meses y medio aproximadamente antes de la fecha en que el Instituto tenga que pagar el primer período del subsidio. Esto es fundamentalmente para que no se de la inscripción fraudulenta de mujeres embarazadas para que disfruten del subsidio. En cuanto a las prestaciones en especie, además de aquellas a las que se refiere el Seguro de Enfermedades, también están las específicas de Maternidad, como son la canastilla y la ayuda para lactancia⁷⁷.

En lo que concierne al Ramo de Invalidez y Vida, como ya señalamos anteriormente son los seguros que protegen contra enfermedades o accidentes que provocan alguna incapacidad permanente o la muerte pero cuando no deriva de un riesgo de trabajo. En este caso el criterio de clasificación de la incapacidad es orientado a la productividad del sujeto que lo sufre independientemente del daño. De esta manera, la Ley del Seguro Social define la Invalidez considerando que es *“cuando el asegurado se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesionales”*⁷⁸. Una definición orgánica de invalidez se encuentra en la Ley General de Salud en el artículo 173 y considera como tal *“la limitación en la capacidad de una persona para realizar por sí misma actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico como consecuencia de una insuficiencia somática, psicológica y social”*. Si se hace un pequeño análisis comparativo de

⁷⁶ Artículos 101 y 102 de la Ley del Seguro Social. Idem

⁷⁷ Artículo 94 de la Ley del Seguro Social. Idem

⁷⁸ Artículo 119 de la Ley del Seguro Social. Idem

ambas definiciones se puede destacar que la Ley General de Salud ubica una “limitación” cuando la Ley del Seguro Social considera la “imposibilidad”, pero adicionalmente, ésta última considera la posibilidad de generación de recursos como indicador determinante y en materia de salud se toman en cuenta los diversos aspectos o facetas de la vida humana y no sólo la generación de recursos. En esto hay que tener en cuenta que el Seguro Social está orientado a la protección de la población generadora de recursos en el mercado formal de trabajo, por lo menos por el momento, y esa es la razón de este trato diferenciado. En cuanto a prestaciones en dinero se tiene la pensión que se calcula sobre el promedio de salarios base de cotización que registró el trabajador en poco menos de los últimos diez años aunque el periodo de espera es menor pues tan sólo se exige una cotización previa de por lo menos tres o cinco años aproximadamente en caso de que la invalidez declarada sea del 75 por ciento⁷⁹. Ahora bien, en cuanto a las prestaciones en especie, son las del Ramo de Enfermedades y Maternidad así es que en este Ramo no hay prestaciones en especie específicas. En cuanto a la muerte no profesional, surge de nuevo el esquema de la Aseguradora y la cuenta individual nada más que las pensiones a que tienen derecho los beneficiarios del asegurado fallecido se calculan sobre lo que hubiera correspondido por invalidez o sobre la pensión de que disfrutaba el pensionado por invalidez al fallecer.⁸⁰

En lo que al Ramo de Retiro, Cesantía y Vejez se refiere, podemos sostener que aunque establecen diferentes supuestos para el otorgamiento de las prestaciones, en todos los casos todo se reduce a que existan recursos suficientes en la cuenta individual y, en caso contrario, a la denominada Pensión Mínima Garantizada que es *“aquella que el estado asegura a quienes reúnan los requisitos señalados en los artículos 154 y 162 de esta Ley y su monto mensual será el equivalente a un salario mínimo general para el Distrito Federal, en el momento en que entre en vigor esta Ley, cantidad que se actualizará anualmente, en el mes de febrero,*

⁷⁹ Artículos 141 y 122 de la Ley del Seguro Social. Idem

⁸⁰ Artículo 127 ss de la Ley del Seguro Social. Idem

conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor, para garantizar el poder adquisitivo de dicha pensión” esto de conformidad con el texto del artículo 170 de la Ley. Los artículos 154 y 162 se refieren a los requisitos para la cesantía (sesenta años, poco más de doce años de cotización previa y quedar privado de trabajo remunerado) y vejez (sesenta y cinco años, más de doce años de período de espera) respectivamente. El retiro es cuando se cuenta con recursos suficientes para retirarse antes de satisfacer los requisitos contemplados en los citados artículos para cesantía y vejez. En este caso es importante tener como reflexión que el Seguro Social es eso, un seguro con carácter social, en un país en el que la tasa de ahorro es baja simplemente porque el ahorro se da cuando existen remanentes a la satisfacción de las necesidades básicas y que el mayor porcentaje de población asegurada en el Instituto puede caer, irremediablemente, en la Pensión Mínima Garantizada con cargo al Erario Público y por ende, con una Deuda Pública Interna a largo plazo muy fuerte. Se siembra como inquietud simplemente. Es aquí en donde se entra en el tema de las Afores, Siefores, Aseguradoras y su vinculación con el trabajador que es titular de una cuenta individual cuyos recursos controla a largo plazo la Administradora de Fondos invirtiéndola en las Sociedades de Inversión especializadas en Fondos para el Retiro para que realizada la contingencia se contrate con la Aseguradora los seguros necesarios para el otorgamiento de las prestaciones. En el caso del Seguro Social a cargo del Instituto hubiera bastado con que se establecieran restricciones para la inversión de fondos y creación de reservas sin involucrar al trabajador en una telaraña de relaciones jurídicas con el Sistema Financiero en donde esta en situación de franca desventaja. Las prestaciones en especie, de nueva cuenta, corresponden al Ramo de Enfermedades y Maternidad.

En lo que se refiere al Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, en lo personal se considera que no son seguros. Respecto a las prestaciones sociales, se hablaría de que el riesgo protegido si así se quiere ver, es que no cuentas con los recursos para ciertas actividades de recreación y esparcimiento, lo cual sería un tanto cuestionable en un país en el que las necesidades básicas de

alimentación, salud y vestido aun no están satisfechas en un mínimo. Este ramo se regula en los artículos 201 a 212. Es importante mencionar que dentro de las Prestaciones Sociales se incluyeron las que denominaron Prestaciones de Solidaridad que son las que anteriormente se otorgaban por convenio con la Secretaría de Salud mediante el Programa que se llegó a denominar IMSS-Coplamar, IMSS Solidaridad e IMSS Oportunidades y que era la atención a población abierta que no era derechohabiente pero a la que, aprovechando la infraestructura y eficiencia administrativa del Instituto, se llegaba a lugares apartados en el México rural.

Existe un tipo de prestaciones en dinero que sin ser pensión o subsidio, se otorgan como ayuda a los sujetos o sus familiares cuando sufren un riesgo, ese es el caso de las denominadas “asignaciones familiares” y que es la cantidad adicional calculada sobre la pensión por carga familiar; la “ayuda asistencial” que es la cantidad adicional calculada sobre la pensión cuando no cuenta con familiares que se hagan cargo del pensionado, y las prestaciones como son la de gastos funerarios y para gastos de matrimonio. Estas últimas son por un solo evento y las primeras sí son prestaciones periódicas.

5 . Financiamiento

El financiamiento del ramo de Riesgos de Trabajo es exclusivamente patronal y se vincula de manera estrecha con la clasificación que se haga de la empresa y del riesgo al que, en principio, están sometidos sus trabajadores. Fue el origen del Seguro Social en nuestro país. Claro está que aunque fue el origen, el Seguro Social es mucho más que eso pero haciendo honor a ese origen y esencia, las prestaciones en dinero y en especie son mayores a los casos de los demás seguros. Este seguro ampara exclusivamente a trabajadores. Es interesante para los abogados intentar comprender el pago de esta cuota ya que implica, por una parte, que la clasificación es de la empresa y no de la actividad a la que está

expuesto el trabajador concretamente. Es así como una empresa al iniciar actividades debe ubicar su actividad en el catálogo de actividades que se consagra en el “Reglamento del Seguro Social en materia de afiliación, clasificación de empresas, recaudación y fiscalización” publicado en el Diario Oficial de la Federación de fecha 1 de noviembre de 2002. Para tal efecto se cuenta con cinco clases de acuerdo al índice de riesgo de la actividad preponderante de la empresa. La de menor riesgo es I y la de mayor V. De ahí, el artículo 73 de la Ley cuenta con un cuadro que establece la prima media por cada clase. Al inicio la empresa comienza con la prima media de la clase en la que se ubica la empresa con su actividad preponderante y esta prima se ajusta anualmente conforme a la fórmula establecida en el artículo 71 de la Ley. En este caso se puede señalar, por ejemplo, que si tenemos a un sujeto encargado de servicios de intendencia en la oficina matriz en la Ciudad de México de una Fundidora cuya planta esta en la zona conurbada del Distrito Federal y el Estado de México por ejemplo, la cuota que se pagará por ese trabajador será el que corresponda por la actividad de la fundidora aunque el trabajador poco o nada tenga que exponerse a los riesgos de la fundición. Esto evidentemente representa una carga gravosa para el patrón, único contribuyente en este Ramo. Sería importante analizar los criterios de proporcionalidad y equidad de esta cuota y de todas las demás Aportaciones de Seguridad Social y que en cada caso serían diferentes ya que no será lo mismo la proporcionalidad y equidad en este tributo que en el relativo al Seguro de Enfermedades y Maternidad, por ejemplo.

En el ramo de Enfermedades y Maternidad, debido al trato diferenciado en las prestaciones en dinero y en especie, la integración de la cuota también es diferenciada aunque sí se percibe la composición tripartita. De esta manera, la cuota queda estructurada de la siguiente manera:

Las prestaciones en especie se financian ⁸¹con una cuota patronal del 13.9 por ciento del Salario Mínimo General para el Distrito Federal y, en caso de que el salario del trabajador sea mayor a tres veces dicho salario mínimo, pagará un 6

⁸¹ Artículo 105 de la Ley del Seguro Social. Idem

por ciento calculado sobre la diferencia entre el salario base de cotización del trabajador y ese monto de tres veces el salario mínimo general del Distrito Federal. En este sentido resulta absurdo el trato diferenciado en la cuota patronal de prestaciones en especie, ya que estas son iguales para todos los derechohabientes, independientemente de que sean asegurados o sus familiares o que sean pensionados e independientemente de su aportación al sistema. La cuota obrera para las prestaciones en especie de este Ramo sólo se causa en caso de que el salario sea mayor a tres veces el salario mínimo general del Distrito Federal y equivale al 6 por ciento calculado sobre la diferencia entre el salario base de cotización del trabajador y ese monto de tres veces el salario mínimo general del Distrito Federal. En este caso de la cuota obrera por prestaciones en especie, aplica el mismo comentario que se hizo a la cuota patronal por esta prestación. Finalmente, la cuota gubernamental equivale al 13.9 por ciento del salario mínimo general vigente en el Distrito Federal. En lo personal se considera que la cuota gubernamental debería revisarse y actualizarse en virtud de la relevancia que tiene este Ramo al otorgar prestaciones en especie a todos los derechohabientes de los diversos Ramos del Seguro lo que evidentemente reduce el impacto en los servicios de salud de la Secretaría de Salud y de los servicios estatales de salud.

En lo que se refiere a las prestaciones en dinero⁸², la cuota de este ramo es del 1 por ciento del salario mínimo general del Distrito Federal, siendo que ese uno por ciento se distribuye entre el patrón, el trabajador y el gobierno, correspondiendo el 70 por ciento de ese uno por ciento al patrón, el 25 por ciento de ese uno por ciento al trabajador y el 5 por ciento de ese uno por ciento al Gobierno. En este sentido se considera un absurdo ya que las prestaciones en dinero sí son proporcionales al salario base de cotización y no conforme al salario mínimo general del Distrito Federal. Evidentemente se están subsidiando las prestaciones en dinero a los trabajadores que cotizan con salarios más altos.

⁸² Artículo 107 de la Ley del Seguro Social. Idem

En el ramo de Invalidez y Vida, los recursos que se captan por este Ramo son exclusivamente para prestaciones en dinero, concretamente pensiones, en caso de invalidez y muerte del trabajador. No hay pago de subsidios. En este ramo nos encontramos, de nueva cuenta, ante un esquema de aportación tripartita.

De esta manera, las prestaciones en dinero del Ramo de Invalidez y Vida se cubren con el pago del 1.75 por ciento del salario base de cotización por parte del patrón; 0.625 por ciento del salario base de cotización por el trabajador y, finalmente al gobierno corresponde pagar el 7.143 por ciento de la cuota patronal de conformidad con el texto de los artículos 147 y 148 de la Ley del seguro social⁸³.

En el ramo de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez cabe destacar que este más que un Ramo de Aseguramiento es uno de Ahorro. Las cuotas por el Seguro de Retiro son exclusivamente patronales y equivalen a un 2 por ciento del salario base de cotización. Por su parte, los Seguros de Cesantía y Vejez se cubren con una cuota patronal del 3.150 por ciento del salario base de cotización, el 1.125 por ciento del salario base de cotización a cargo del trabajador y el 5.5 por ciento de un salario mínimo general del Distrito Federal a cargo del Gobierno⁸⁴.

En el ramo de Guarderías y Prestaciones Sociales, las aportaciones son exclusivamente patronales y equivalen al 1 por ciento del salario base de cotización⁸⁵. En este punto es lógico considerar que sea patronal la cuota de guarderías ya que en este sentido el Instituto está cubriendo una obligación patronal establecida originalmente en la Ley Federal del Trabajo, pero por qué tiene el patrón que cubrir las Prestaciones Sociales cuando en principio deberían ser cubiertas con aportación gubernamental pues su esencia es más bien de salud ocupacional y medicina preventiva, rubros original y fundamentalmente de la esfera gubernamental por salud pública.

⁸³ Artículo 147 de la Ley del Seguro Social. Idem

⁸⁴ Artículo 168 de la Ley del Seguro Social. Idem

⁸⁵ Artículo 211 de la Ley del Seguro Social. Idem

6 . Distorsiones

¿A qué denominamos distorsiones? Pues básicamente a aquellos rubros que se encuentran confusos en cuanto a las relaciones jurídicas fincadas en virtud del Seguro Social. La principal distorsión en materia de prestaciones en especie es la referente a la denominada “queja administrativa” y que se consagra en el artículo 296 de la Ley del Seguro Social que establece que los derechohabientes, es decir, asegurado, pensionado y sus familiares, podrán interponer “queja administrativa”. Señala el numerario que la finalidad de la queja administrativa es conocer las insatisfacciones por actos u omisiones del personal vinculado con servicios médicos, lo que resulta curioso ya que la finalidad debiera ser resolver las insatisfacciones y no conocer. Ahora bien, dicha queja solo opera cuando no represente un acto impugnado a través del recurso de inconformidad. Se agrega en dicha disposición contenida en el artículo 269 que dicho procedimiento debe agotarse previamente a cualquier otro recurso o instancia y que se sujeta a los términos señalados en el instructivo siendo que éste lo emite el Instituto como una franca distorsión de la facultad materialmente legislativa otorgada al Ejecutivo Federal. Luego entonces, el derechohabiente, estando en la mayor vulnerabilidad posible cuando se trata de su salud o la de sus seres queridos, debe dar a conocer al Instituto sus insatisfacciones en materia de atención médica, sujetándose para ello a un procedimiento consagrado en un instrumento emitido por el Consejo Técnico del Instituto, es decir, de un órgano de gobierno del organismo descentralizado.

Si lo dispuesto en este artículo 296 se vincula con el texto del artículo 295 que remite a las Juntas Federales de Conciliación y Arbitraje en lo que se refiera a controversias entre asegurados o sus beneficiarios y el Instituto sobre las prestaciones, encontramos que la adición de este parche del artículo 296 para filtrar los asuntos que se tramitaban ante las Juntas es contrario al espíritu de la Ley y del Seguro Social mismo ya que protege más al personal del Instituto mediante un procedimiento administrativo cuestionable.

IV. Inserción del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Sistema Nacional de Salud.

1. Antecedentes
2. Conceptos Fundamentales en la Ley General de Salud
3. Datos de cobertura de población y servicios, infraestructura en salud, extensión y contenido del derecho de los usuarios.
4. Referencia en la asignación presupuestal a salud y seguridad social en 1943, 1973, 1997 y 2008.
5. Referencia en planes de desarrollo e informes de gobierno en materia de salud y seguridad social 1943, 1973, 1997 y 2007.

1 . Antecedentes

Hay quien sostiene que la fundación del Sistema de Salud de nuestro país “*data de 1943, año en el que se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia –hoy Secretaría de Salud (SSA)-, el IMSS y el Hospital Infantil de México, el primero de los diez Institutos Nacionales de Salud.*”⁸⁶ Desde sus orígenes, el Sistema Nacional de Salud estuvo marcado por una clara diferencia entre población derechohabiente del Instituto, por un lado (y posteriormente de los demás seguros sociales) y por el otro, la población que se acogía a los servicios privados, cuando contaba con los recursos suficientes o a los servicios asistenciales cuando no los tenía. Pero además, desde sus inicios, el Instituto gozó, aunque con sus dificultades por la cobranza de cuotas, de mayor disponibilidad de recursos pues contaba con ingresos por pensiones (que serían un pasivo a largo plazo), por lo cual tenía una liquidez amplia de la que difícilmente disponía la Secretaría de Salud. Finalmente, el naciente Instituto que contaba con recursos disponibles, estaba dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios que le permitía un amplio margen de movilidad para aplicar sus recursos en la manera que mejor le pareciera a sus instancias institucionales (y a la Presidencia, considerando que el nombramiento del Director siempre ha sido por el Presidente de los Estados

⁸⁶ Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2001-2006, La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. Secretaría de Salud. Primera edición 2001. México p58

Unidos Mexicanos por lo que el toque político siempre ha estado presente), lo cual le permitió invertir en la construcción de infraestructura y en la formación de recursos humanos para la salud de una manera que no tenía precedente en nuestro país. De esta forma, con el tiempo, *“la persistente dualidad entre seguridad social y asistencia pública siguió manifestando la fragmentación del sistema mexicano de salud, con su carga de duplicidad, ineficiencia e inequidad.”*⁸⁷ Ante esta dualidad, la afiliación al Seguro Social ha traído aparejado un aumento de la población derechohabiente de la seguridad social y así la disminución de la población que demanda servicios asistenciales de salud, no sólo por los asegurados sino más bien por sus beneficiarios.

2 . Conceptos Fundamentales en la Ley General de Salud

El Sistema Nacional de Salud en los Estados Unidos Mexicanos se constituyó como tal a partir de la hoy vigente Ley General de Salud que se publicó en el Diario Oficial de la Federación de fecha 7 de febrero de 1984 y entró en vigor el 1 de julio del mismo año⁸⁸. Es importante comentar que la intención de estructurar un Sistema de Salud ha tenido fuertes obstáculos por vencer pues su creación fue muy posterior a la fecha en que diversas instituciones prestadoras de servicios de salud cobraron gran fuerza y presencia en la sociedad mexicana, como es el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social que desde 1943 tuvo una importante incidencia en el perfil de salud de los mexicanos.

Si partimos de la premisa que Sistema es el *“conjunto de cosas que relacionadas entre sí ordenadamente contribuyen a determinado objeto”*⁸⁹, en principio, la idea de un Sistema Nacional de Salud fue para integrar ordenadamente a los sujetos y actividades que se realizaban de manera desarticulada en materia de salud. De esta manera el artículo 5 de la Ley General de Salud no define a dicho Sistema

⁸⁷ Ibidem p58

⁸⁸ Ley General de Salud . <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/tcfed/169.htm?s=>

⁸⁹ Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española
http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=Sistema

pero sí establece que se constituye por dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones. Agrega dicho numerario que el objeto del Sistema y de las actividades de sus integrantes, es “la protección de la salud”. Así se concluye, en primer término, que hay elementos objetivos y otros subjetivos en materia del Sistema Nacional de Salud.

Los elementos objetivos del Sistema Nacional de Salud son los denominados “servicios de salud” que prestan los sujetos que integran dicho Sistema. La misma ley los define como aquellas “*acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y la colectividad*”⁹⁰. Se resalta esto porque en muchas ocasiones se considera que los servicios de salud simplemente se orientan al individuo y solo para restaurar la salud siendo que, como se señala en el artículo citado, se realizan en beneficio del individuo y de la sociedad en general, y además, se dirigen a la protección, promoción y restauración de la salud, tanto de la persona como de la colectividad. A su vez, dichos servicios se clasifican en tres tipos y estos son, atención médica, salud pública y asistencia social⁹¹.

Complementario a lo anterior, se señala que la atención médica comprende “*actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias*”⁹².

Finalmente, los servicios que la Ley califica como “básicos de salud” son:

- a. Educación para la salud
- b. Promoción del saneamiento básico
- c. Mejoramiento de condiciones sanitarias del ambiente
- d. Prevención y control de :
 - i. enfermedades transmisibles de atención prioritaria
 - ii. de no transmisibles más frecuentes

⁹⁰ Artículo 23 de la Ley General de Salud

⁹¹ Artículo 24 de la Ley General de Salud

⁹² Artículo 27 en su fracción III de la Ley General de Salud

- iii. de accidentes
- e. Atención materno-infantil
- f. Planificación familiar
- g. Salud mental
- h. Prevención y control de enfermedades bucodentales
- i. Disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales
- j. Promoción del mejoramiento de la nutrición
- k. Atención Médica y
- l. Asistencia Social⁹³

Ahora bien, en lo que se refiere a los elementos subjetivos del Sistema Nacional de Salud, como se señaló inicialmente, lo constituyen las dependencias y entidades, federales y locales, así como sujetos de los sectores social y privado que prestan los servicios de salud. El concepto de dependencias y entidades se desprende de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal que es reglamentaria del artículo 90 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y cuya descripción y análisis se hace en el apartado correspondiente. Respecto a los niveles de gobierno en federales y estatales, es importante destacar que la materia de salud es concurrente en el rubro de salubridad general por disposición expresa en el artículo 4 constitucional que establece que *“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”*. Sería importante cuestionarse el contenido y alcance de los términos “salud” y “salubridad general” ya que, por el texto constitucional se podría deducir que la salubridad general es parte de la materia de salud, sin embargo, por el texto de la Ley General de Salud podría considerarse al revés, que la salud sea un rubro en materia de salubridad general.

⁹³ Artículo 27 de la Ley General de Salud

En principio podrían existir rubros en materia de salud que no sean de salubridad general, como es el caso de la prestación de servicios de atención médica por instituciones de seguridad social que de manera expresa se excluyen del listado de actividades de salubridad general. En aquellos casos en que no sean materia de salubridad general pero sí de salud, estaríamos hablando de una materia local y no concurrente, que claro, no es el caso de la seguridad social porque esta es materia federal por disposición expresa del artículo 123 constitucional. La materia de salud como tal no está atribuida de manera expresa a las autoridades federales salvo que se considere que son sinónimos salud y salubridad general lo cual es francamente dudoso. Podría considerarse que, con fundamento en el artículo 124 constitucional, no existe base alguna para determinar que la materia de salud sea concurrente, salvo en caso de salubridad general y por lo tanto se tiene una carencia importante desde la perspectiva jurídica para establecer el carácter normativo de la Secretaría de Salud y de la Ley para determinar las facultades concurrentes de los diversos niveles de gobierno.

De esta manera la Ley General de Salud determina mediante una extensa pero limitativa lista de rubros de salubridad general que además se deja abierta por el texto de la fracción XXXI del artículo 3 de la Ley General de Salud que incluye como salubridad general *“Las demás materias que establezca esta Ley y otros ordenamientos legales, de conformidad con el párrafo tercero del Artículo 4o. Constitucional.”* En dicha enumeración, la Ley indica qué rubros son salubridad general y distribuye las materias entre los niveles de gobierno Federal y Estatal de manera tal que podríamos señalar que la Federación queda como autoridad normativa y las Entidades Federativas como autoridades operativas aunque la participación de estas últimas está regulada, además de la Ley, por los acuerdos de coordinación que para tal efecto celebra la Federación por conducto de la Secretaría de Salud⁹⁴.

De esta manera, en lo que a distribución de competencias en materia de salubridad general se refiere, se debe comenzar por señalar qué se entiende por

⁹⁴ artículo 9 de la Ley General de Salud

salubridad general. En este sentido, la Ley General de Salud enumera como tales los siguientes rubros:

1. La organización, control, vigilancia, coordinación, evaluación y seguimiento de la prestación de servicios y de establecimientos de salud. De manera expresa se excluye como un rubro de salubridad general este tipo de atribuciones respecto a instituciones de seguridad social. En este sentido cabrían varios cuestionamientos, por ejemplo, ¿si la prestación de servicios y los establecimientos del seguro social no son materia de salubridad general entonces no forman parte del Sistema Nacional de Salud? Incluso ¿los servicios de salud que presta el Instituto no están sujetos a vigilancia, control y coordinación acorde a las directrices de la Secretaría de Salud como coordinadora del Sistema? ¿Podríamos considerar una independencia de los servicios de salud por las instituciones de seguridad social como independientes del Sistema Nacional de Salud a tal grado que cuando el Instituto emite un Programa Institucional a la luz de la Ley de Planeación, no está dentro del rubro de programas que deben apegarse a los criterios de los Programas Sectoriales, en este caso, el de Salud?
2. La Protección Social en Salud que es, prácticamente, el servicio público a población en general mediante la figura denominada Seguro Popular pero que puede considerarse que esta incluida dentro del primer inciso de ese artículo 3.
3. La atención médica, materno-infantil. Cabría cuestionar que si sólo la atención médica materno infantil es materia de salubridad general, luego entonces la que no sea materno infantil no es materia concurrente sino local porque no es un rubro de salubridad general.
4. El programa de nutrición materno-infantil en los pueblos y comunidades indígenas. Pareciera que sólo la nutrición materno infantil en pueblos y comunidades indígenas es materia de salubridad general, sin embargo, la orientación y vigilancia en materia de nutrición así como la prevención, orientación, control y vigilancia en materia de nutrición es

un rubro de salubridad general por lo que este trato diferenciado podría considerarse ocioso.

5. La orientación y vigilancia en materia de enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y aquellas atribuibles al tabaquismo; así como de los factores ambientales en la salud del hombre. En principio podría señalarse que lo que no sea orientación y vigilancia en ese tipo de enfermedades no es salubridad general y por lo tanto, es materia local y no concurrente empero la Constitución concretamente manifiesta que el tabaquismo y los factores ambientales sí son rubros de salubridad general, no solo la orientación y vigilancia respecto a ellos, pero además, los programas de tabaquismo sí son rubros de salubridad general. Materia ecológica que se vincula con los factores ambientales es concurrente.
6. La salud visual y auditiva.
7. La planificación familiar.
8. La salud mental.
9. La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud.
10. La promoción de la formación de recursos humanos para la salud.
11. La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos.
12. La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país.
13. La educación para la salud.
14. La salud ocupacional y el saneamiento básico;
15. La prevención y el control de:
 - a. enfermedades transmisibles;
 - b. de enfermedades no transmisibles y
 - c. accidentes;
16. La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos;

17. La asistencia social. En este sentido es curioso que durante el sexenio del Presidente Fox se aprobó una nueva Ley de Asistencia Social que crea un Sistema Nacional de Asistencia Social que esta inserto en el Nacional de Salud aunque de manera desarticulada.

18. Programas contra :

- a. el alcoholismo,
- b. tabaquismo, y
- c. la farmacodependencia;

A estos rubros sí se refiere el texto constitucional de manera expresa como materia de salubridad general.

19. El control sanitario de

- a. productos y servicios y de su importación y exportación;
- b. del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos así como establecimientos dedicados al proceso de productos
- c. de la publicidad de las actividades, productos y servicios así como de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes y células y de cadáveres de seres humanos;

20. La sanidad internacional⁹⁵

Estos rubros de salubridad general se distribuyen entre la Federación y las Entidades Federativas⁹⁶, de la manera que se detalla a continuación:

A la Federación, por conducto de la Secretaría de Salud le compete:

- 1. Dictar las normas técnicas a que quedará sujeta la prestación, en todo el territorio nacional, de servicios de salud en las materias de salubridad general y verificar su cumplimiento. Esto se hace con fundamento en la Ley

⁹⁵ el artículo 3 de la Ley General de Salud

⁹⁶ artículo 13 de la Ley General de Salud

Federal sobre Metrología y Normalización que es la que establece el procedimiento para la elaboración de las Normas Oficiales Mexicanas y, en su caso, de las Normas Mexicanas así como requisitos para certificación y acreditación... todos ellos procesos vinculados con la calidad.

2. Organizar y operar los servicios en materias como:
 - a. organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud salvo los de instituciones de seguridad social;
 - b. La salud visual y la auditiva
 - c. El programa de farmacodependencia,
 - d. Control sanitario de productos y servicios, de establecimientos, de órganos y tejidos y de cadáveres
3. Organizar y operar los servicios de salud a su cargo;
4. Ejercer la acción extraordinaria en materia de salubridad general;
5. Coordinar el Sistema Nacional de Salud;
6. Realizar la evaluación general de la prestación de servicios de salud en materia de salubridad general en todo el territorio nacional;

Por su parte, a las Entidades Federativas, les compete:

1. Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios que no están señalados para la Federación
2. Desarrollar sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el Nacional;
3. Formular y desarrollar programas locales de salud, acorde con el Plan Nacional de Desarrollo y aunque no lo indica así, con el Programa Nacional de Salud que emita la Secretaría como responsable del Sector Salud y de conformidad con la Ley de Planeación;⁹⁷

⁹⁷ Artículo 13. B de la Ley General de Salud

Cabe indicar que la misma Ley señala las bases a las que se sujetarán los acuerdos de coordinación entre la Federación y los Gobiernos de las entidades federativas⁹⁸.

Es así como en este entorno encontramos el Sistema Nacional de Salud, encabezado por una dependencia que es la Secretaría de Salud, ante un régimen que es materia concurrente y en donde además se busca la coordinación del sector público con los sectores social y privado. En este sentido la misma Ley clasifica a los prestadores de servicios de salud y los define de la siguiente manera:

1. *“Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios”.*⁹⁹

Cuando nos referimos a los “servicios públicos a población en general”, los criterios aplicables son, justamente los de servicio público. Este subsistema se subdivide en dos, uno es la atención a población abierta y la otra es la referente al Seguro Popular o Sistema de Protección Social en Salud. La gratuidad en el momento de usar los servicios dependerá de si se trata o no de beneficiario de dicho “seguro” y de si su padecimiento está incluido en el Catálogo que para tal efecto emite la Secretaría. Con la inserción del Seguro Popular durante el sexenio del Presidente Fox, se pretendía eliminar la prestación de servicios a población abierta y que todos los sujetos que no estuvieran en instituciones de seguridad social se incorporaran al Seguro Popular o Sistema de Protección Social en Salud. La realidad los superó, el problema es que se dejó el vacío jurídico en la Ley General de Salud ya que si se analiza la definición en el citado artículo

⁹⁸ Artículos 18 a 21 de la Ley General de Salud

⁹⁹ Artículo 35 de la Ley General de Salud

35, se refiere a la universalidad y la gratuidad EN EL MOMENTO DE RECIBIR LOS SERVICIOS, sin embargo, la misma ley, ya en el artículo 77 bis -1 y siguientes que son los que se refieren a dicho Sistema de Protección Social en Salud, limitan la prestación de servicios y el otorgamiento de medicamentos cuando sean los incluidos en el Catálogo, luego entonces, o bien se negaba el servicio y medicamentos para los padecimientos que no estaban en el catálogo o se cobraba la cuota según el estudio socioeconómico que tradicionalmente se hacía por la Secretaría y servicios estatales. Es así como se insertó el Seguro Popular pero sin eliminar la figura del servicio a población en general mediante el pago de cuotas por servicio nada más que esta última no esta incluida en la ley. El Seguro Popular fue uno de los pocos proyectos del Programa Nacional de Salud 2001-2006 que tuvo alguna viabilidad ya que hay que reconocer que dicho Programa es técnicamente sólido, pero sus propuestas eran poco viables y de hecho casi todas lo fueron. Lo poco que prospero del Seguro Popular que, dicho sea de paso, no es un seguro sino una forma de medicina pre pagada que cubre ciertos padecimientos y en donde el usuario desconoce en el momento mismo de la prestación del servicio, si su padecimiento esta o no incluido en el seguro o no. Las características de este Seguro Popular son: (1) la unidad de protección es el núcleo familiar y los beneficiarios son los miembros de dicho núcleo familiar; (2) presupone la exclusión de protección por instituciones de seguridad social; (3) se limita a los padecimientos enumerados en un catálogo que emite la Secretaría de Salud y a la cual se deben sujetar los servicios estatales de salud; (4) implica la existencia de un Plan de Infraestructura coordinado por la Secretaría de Salud; (5) conlleva a la distribución de una importante partida presupuestal de la federación a los servicios estatales de salud; (6) incluye la figura de Hospitales de Alta Especialidad; (7) presupone la constitución de dos fondos, uno de Aportaciones para los Servicios de Salud a la comunidad y otro de Protección contra Gastos Catastróficos... entre otros puntos

2. *“Son servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social los prestados por éstas a las personas que cotizan o a las que hubieren cotizado en las mismas conforme a sus leyes y a sus beneficiarios, los que con sus propios recursos o por encargo del Ejecutivo Federal presten tales instituciones a otros grupos de usuarios”.*¹⁰⁰

Cuando hablamos de instituciones de seguridad social, también estamos ante “servicios públicos”, con la particularidad de la derechohabiencia en virtud de un esquema de aseguramiento que genera derecho a prestaciones en dinero y en especie en caso de un siniestro que vulnere la salud o la capacidad productiva del asegurado. En este caso, las normas aplicables son las contenidas en la Ley del Seguro Social que puede prestar los servicios directamente a través de su personal e instalaciones, pero también indirectamente. En este último caso es mediante los denominados “convenios” para la subrogación de los servicios en donde subsiste la responsabilidad pero también la autoridad del Instituto¹⁰¹. Esta prestación de servicios de manera indirecta ha tomado un importante sentido a partir de que en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se detectaron problemas en materia de infraestructura hospitalaria de las diversas instituciones prestadoras de servicios de salud y en donde, en ocasiones, dos o tres instituciones tenían hospitales en zonas de escasa concentración de población y que, por lo tanto, tenían capacidad ociosa siendo que, en otras zonas, habían escasa o nula presencia hospitalaria de institución alguna. A partir del seguro popular, un buen avance fue justamente el Plan de Infraestructura y la apertura a la celebración de convenios por lo menos en texto de la Ley aunque falta la voluntad y la humildad de los actores políticos y gubernamentales para que llegue a buen término. Además de la prestación de servicios, el Instituto se inserta en el Sistema de Salud a través de la Medicina Preventiva que conlleva a la responsabilidad de programas de difusión para la salud, prevención y

¹⁰⁰ Artículo 37 de la Ley General de Salud

¹⁰¹ Artículo 89 de la Ley del Seguro Social

rehabilitación de la discapacidad, estudios epidemiológicos, producción de inmunobiológicos, inmunizaciones, campañas sanitarias y demás programas¹⁰² que, de nueva cuenta, liberan en mucho a la Secretaría de Salud de responsabilidades en materia de Salud Pública y cuyo costo asume el Instituto pues sería interesante saber si con el pago de cuotas con cargo al Gobierno Federal se cubren este tipo de prestaciones para los asegurados pero también para sus familiares.

3. *“Son servicios de salud privados los que presten personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, y sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles. En materia de tarifas, se aplicará lo dispuesto en el Artículo 43 de esta Ley. Estos servicios pueden ser contratados directamente por los usuarios o a través de sistemas de seguros, individuales o colectivos”*.¹⁰³

En este caso, por lo general, estamos ante contratos de prestación de servicios de carácter mercantil, cuando son hospitales, ya que por lo general son sociedades mercantiles bajo la figura de Sociedades Anónimas de Capital Variable. En estos casos la Procuraduría Federal del Consumidor puede llegar a tener ingerencia pues no están señalados en los casos de excepción a que se refiere el artículo 5 de la Ley Federal de Protección al Consumidor. Cuando son instituciones como Asociaciones y Sociedades Civiles, los contratos se rigen por principios del Derecho Civil en materia local y no existe ingerencia alguna de la Procuraduría Federal del Consumidor porque en este caso sí hay exclusión de los contratos de prestación de servicios. Incluso la Secretaría de Economía ha emitido la NOM-071-SCFI-2001 que versa sobre “Elementos Normativos para la contratación de servicios de atención médica por cobro directo” y que fue publicada en el Diario Oficial de la Federación de fecha 1 de noviembre de 2001.

¹⁰² Artículo 110 Ley del Seguro Social

¹⁰³ Artículo 38 de la Ley General de Salud

4. *“Son servicios de salud de carácter social los que presten, directamente o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos, los grupos y organizaciones sociales a sus miembros y a los beneficiarios de los mismos”.*¹⁰⁴

Aquí proceden los mismos comentarios que los señalados en el numerario que antecede.

En fin, los servicios públicos en materia de salud podrían, en síntesis, subdividirse en aquellos prestados a población abierta, los prestados a derechohabientes del seguro popular y finalmente, los prestados a derechohabientes de las instituciones de seguridad social que, subdividiéndose estos últimos en los correspondientes a trabajadores conforme al apartado A del artículo 123 Constitucional (IMSS), los trabajadores que entran en el apartado B del artículo 123 de nuestra carta magna (ISSSTE), los de un régimen especial por logros sindicales (PEMEX) y los de las fuerzas armadas (ISSFAM). Por otro lado estaría el subsistema privado y social. Se considera que los servicios de salud por instituciones de seguridad social, aunque se rigen por sus leyes especiales y no directamente por lo establecido en la Ley General de Salud, no por eso están fuera del Sistema Nacional de Salud.

3 . Datos de cobertura de población y servicios, infraestructura en salud, extensión y contenido del derecho de los usuarios de la población.

Cuando nos referimos al tema de salud dentro de la seguridad social no podemos hacerlo desde una perspectiva simplista. Evidentemente es un tema de profunda complejidad pero uno de los puntos medulares a tocar es, justamente, la población. Para tal efecto existe lo que se denominan “indicadores” . La Secretaría de Salud considera que *“un indicador se usa para describir un problema. Cómo y dónde ocurre y cómo afecta a éste. Los indicadores se desarrollan recolectando datos y se expresan a través de fórmulas matemáticas,*

¹⁰⁴ Artículo 39 de la Ley General de Salud

*tablas o gráficas.*¹⁰⁵ Podríamos proponer que los indicadores se definan como cifras o fórmulas emitidas por autoridades competentes para determinar la situación que guarda un determinado problema y los avances que se han alcanzado cuando se llevan a cabo de manera comparativa. En este caso se quiere resaltar el carácter competente de la autoridad que emita los indicadores y que además, la construcción de estos permita el análisis comparativo. Ahora bien, existen indicadores a nivel internacional y a nivel nacional en materia de salud. En materia internacional los organismos que consagran información e indicadores y que pueden ser jurídicamente confiables serían la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud e incluso la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. A nivel nacional se cuenta con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, la Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública y el Instituto Mexicano del Seguro Social en materia de concentración de datos para la elaboración de indicadores en materia de salud en el seguro social a cargo del Instituto.

Cabe señalar que se considera que los indicadores no son cifras o fórmulas absolutas sino que son abstracciones construidas que permiten determinar qué elementos son sustanciales en cierto fenómeno o su evolución por lo que, en muchos casos, son una visión parcial desde una cierta perspectiva, de un problema o situación determinada, en un momento dado, y su evolución conforme a los datos de que se dispone en ese momento.

Los indicadores que pueden ser relevantes en materia de salud pueden clasificarse en aquellos que “indirectamente” inciden en materia de salud y en los “directos”. Los indirectos son, fundamentalmente los vinculados con la población, su estructura en rural y urbana, los de servicios básicos e incluso los de brecha de ingreso de la población. (Ver Anexo A)

¹⁰⁵ Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad.
<http://dgplades.salud.gob.mx/2006/htdocs/hg/Nuevas/hmc7.pdf>

En materia de lo que hemos denominado Indicadores Indirectos, la Organización Panamericana de la Salud ha considerado que *“Al comenzar el siglo XXI, en la Región de las Américas se observan grandes variaciones en las condiciones de vida entre los países y también dentro de cada país. Se encuentran diferencias de educación, ingreso, acceso a los servicios y otras características sociales que determinan el estado de salud de las poblaciones.”*¹⁰⁶ México se encuentra ubicado como una subregión específica dentro de la Región de América Latina de las dos regiones en que divide la Organización Panamericana de la Salud a lo que denomina las Américas (la otra es América del Norte en donde ubica a Canadá y a los Estados Unidos de Norteamérica). No obstante se ha considerado que México ha avanzado en la tasa de crecimiento poblacional sin embargo la población total del país rebasa los cien millones de habitantes y de la cual un alto porcentaje esta en las zonas urbanas, lo cual implica un alto índice de demanda de servicios e infraestructura, incluyendo los de salud. Es así como la citada Organización estimaba que el 14 por ciento de la población total mundial se encuentra en las Américas y de ese por ciento, la tercera parte reside en México y Brasil pero ubica a la Ciudad de México como la Ciudad más poblada en la Región de las Américas con una población estimada de 16.876 (miles) para 1996, 18.259 para 2002 y 18.590 para 2008 y considera que en éste último caso de 2008, la Ciudad de México sólo sería superada en número por la Ciudad de Sao Pablo¹⁰⁷.

La estructura y conformación de la población de nuestro país indudablemente incide e incidirá en sus indicadores de salud ya que *“Desde un punto de vista conceptual, la salud de la población esta determinada por un conjunto de factores que operan simultáneamente en distintos niveles de organización, desde lo individual, hasta lo social; es decir, la situación de salud y sus desigualdades están determinadas tanto individual, como histórica y socialmente...las profundas diferencias, en función del nivel y la brecha de ingreso, de la esperanza de vida y*

¹⁰⁶ Organización Panamericana de la Salud, *La Salud en las Américas*. Volúmen I. Edición 2002. Publicación Científica y Técnica No. 587. . p6

¹⁰⁷ Ibidem p81

los recursos económicos y de salud son ejemplos de la presencia de desigualdades de salud en las américas al final del siglo XX.”¹⁰⁸

Estos indicadores son importantes en materia de salud y seguridad social por lo que se requiere para atender a esa población en virtud de que los derechohabientes del Seguro Social a cargo del Instituto son, en su mayoría, población urbana pues están vinculados con los centros de trabajo que, por lo general se encuentran en dichas zonas más que en las rurales. No es así el caso de IMSS Solidaridad que justamente atiende a la población rural, pero este es un programa del gobierno federal que aprovecha la infraestructura y eficiencia administrativa del Instituto para llegar a esa población.

Actualmente el Instituto establece cifras que reflejan un 40 por ciento aproximado como número total de derechohabientes del total de la población nacional.

Ahora bien, dentro de los indicadores directos en materia de salud se pueden resaltar los vinculados con servicios y con infraestructura. En materia de servicios del Seguro Social del Instituto los datos iniciales se refieren a atención médica y posteriormente ya se desagregan en rubros como consultas externas, auxiliares de tratamiento, servicios auxiliares de diagnóstico y hospitalizaciones así como atenciones a domicilio. (Ver Anexo B)

Por atención médica la Ley General de Salud entiende “*el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud*”¹⁰⁹ y las actividades de atención médica son preventivas (promoción general y protección específica), curativas (diagnóstico temprano y tratamiento oportuno) y de rehabilitación (tendiente a corregir invalideces físicas o mentales).

¹⁰⁸ Ibidem p18

¹⁰⁹ Artículo 32 Ley General de Salud

Ahora bien, conforme a la Ley vigente, la determinación de los servicios va en relación con el prestador y el tipo de relación jurídica que se finca entre éste y el usuario. De esta manera, cuando estamos en la relación entre un usuario y un prestador de servicios privados, los principios que rigen son en un plano de igualdad entre las partes acorde con el contrato suscrito entre ellas y sujetas a los límites establecidos por la Secretaría de Economía en materia de Precios y de la Procuraduría Federal del Consumidor en materia de derechos de los consumidores de bienes y servicios así como las Normas Oficiales Mexicanas que sobre el tema emita la Secretaría de Economía y la Secretaría de Salud en sus respectivos ámbitos de competencia. Los servicios sociales se rigen por los mismos criterios que los privados.

Cuando estamos ante una relación entre el usuario y un prestador de servicios públicos, sea a población abierta, a derechohabientes del seguro popular o a los de instituciones de seguridad social, la relación jurídica es de prestación de servicio público en donde la institución es sujeto pasivo obligado en la relación jurídica y el usuario es el sujeto activo receptor de los servicios. En este caso tenemos dos universos de usuarios dentro del subsistema público de prestadores de servicios a población en general, por una parte están aquellos inscritos al denominado “Sistema de Protección Social en Salud” o Seguro Popular y por el otro está propiamente la población abierta que, al recibir los servicios, pagan una cuota conforme al estudio socioeconómico que elabora la Secretaría de Salud. En cada uno de estos universos del mismo subsistema estamos ante servicios por un mismo prestador pero la extensión y contenido puede variar según estén los servicios o no en el CAUSES o Catálogo Universal de Servicios de Salud que para efectos del Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular, emite la Secretaría de Salud como dependencia coordinadora del citado Sistema. Cabe señalar que como derechohabiente, el citado catálogo es poco útil ya que una persona enferma o con un familiar enfermo, no tiene por qué saber, por ejemplo, si tiene dermatitis alérgica de contacto que sí se atiende dentro del Seguro Popular o tiene otro tipo de dermatitis que finalmente va a tener que cubrirse por el usuario con la cuota que corresponda por ese padecimiento. Como

paciente o familiar del paciente uno sabe que tiene un malestar en la piel, si es alérgica de contacto o no... no tiene por qué saberlo. Esta forma de estructurar el Seguro Popular y muchos de los servicios médicos en el país son absurdos ya que no están orientados al titular del derecho, al usuario, sino que simplemente colocan al médico o al prestador de los servicios de atención médica, sean cuales sean, en una situación de autoridad de facto y al usuario en una vulnerabilidad ante el desconocimiento de qué tiene y si por cuestiones administrativas en un lenguaje incomprensible, va o no a ser atendido sin costo en el momento de la atención.

En cuanto prestadores de servicios por instituciones de seguridad social y los usuarios, la relación jurídica es también de un servicio público pero sujeto a normativa diversa a la de los prestadores del subsistema del sector público a población abierta y los servicios no se encuentran limitados salvo por la enumeración que para tal efecto consagran las Leyes sobre la materia. En el caso del Seguro Social a cargo del Instituto, como se mencionó anteriormente, están las prestaciones en especie del Ramo de Enfermedades y Maternidad. En el Seguro de Enfermedades están las prestaciones de asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria (que cuando se trata de Riesgos de Trabajo incluye prótesis, ortopedia y rehabilitación). Ya en lo que al Seguro de Maternidad se refiere está también la asistencia obstétrica. Se cuenta además con el Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social publicado en el Diario Oficial de la Federación de fecha 30 de noviembre de 2006 y que abrogó el hasta entonces reglamento que se aplicaba desde 1996 y que era el aprobado por el Consejo Técnico en esa dudosa facultad materialmente legislativa de que enviste al Instituto pues aunque la prestación de los servicios de asistencia médica son en el carácter de prestador de servicios y no de autoridad, dicho reglamento solamente podía expedirse por el Ejecutivo ya que incide en los derechos y obligaciones de los derechohabientes receptores del servicio. Dicho reglamento, como se mencionó anteriormente, no establece limitación alguna en los conceptos de atención médica, quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria, de rehabilitación, ortopedia y prótesis. Cabe destacar que un importante avance en

materia de expediente clínico se encuentra en la Ley del Seguro Social que justamente eleva al rango de normas legislativas y no solo en normas oficiales mexicanas, el manejo del expediente clínico y la confidencialidad de la información aunque claramente en este artículo se establece la titularidad conjunta de la información por el Instituto y el paciente¹¹⁰.

Dentro de las estadísticas manejadas por el Instituto¹¹¹, los grandes rubros son consulta externa, atención materno infantil, hospitalización, auxiliares de diagnóstico y tratamiento y, finalmente, servicios de alimentación. En consulta externa los servicios se dividen en médico familiar, especialidades, urgencias y dental. (Ver Anexo B)

En materia de infraestructura son muchos los datos que pueden ser de relevancia para analizar la evolución del sistema. Uno de ellos es el de, *“las camas hospitalarias se utilizan para indicar la disponibilidad de servicios hospitalarios.”*¹¹² (Ver Anexo C)

Claro que al hablar de infraestructura no puede limitarse al número o al promedio de camas por número de habitantes, es tan sólo un indicador. El problema en este sentido radica en los parámetros tan diversos que se usan y que dificultan el llevar a cabo un análisis comparativo de la evolución de la infraestructura.

Otros datos que permitirían hacer un análisis de la evolución de la infraestructura podrían ser el de consultorios y demás establecimientos de atención médica y éstos últimos son definidos como *“todo aquel, público, social o privado, fijo o móvil cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya*

¹¹⁰ Artículo 111-A de la Ley del Seguro Social

¹¹¹ Página oficial del Instituto Mexicano del Seguro Social.

<http://www.imss.gob.mx/dpm/dties/Indice.aspx?Srv=M00-1&OPC=opc04>

¹¹² Estadísticas Sanitarias Mundiales. 2009. Organización Mundial de la Salud. Tabla 9. Estadísticas demográficas y socioeconómicas p95

sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios.”¹¹³ Los consultorios son “todo establecimiento público, social o privado, independiente o ligado a un servicio hospitalario, que tenga como fin prestar atención médica a pacientes ambulatorios”¹¹⁴ y los hospitales son “todo establecimiento público, social o privado, cualquiera que sea su denominación y que tenga como finalidad la atención de enfermos que se internen para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación”¹¹⁵ y se clasifican en:

- Hospital General que es el establecimiento de segundo o tercer nivel para la atención de pacientes, en las cuatro especialidades básicas de la medicina: Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, que prestan servicios de:

- urgencias,
- consulta externa y
- hospitalización

y que cuentan con camas de :

- Cirugía General,
- Gineco-Obstetricia,
- Medicina Interna y
- Pediatría,

donde se dará atención de las diferentes especialidades de rama y deberá realizar actividades de

- prevención,
- curación y

¹¹³ Artículo 7 fracción III del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986.

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmpsam.html> [http](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmpsam.html)

¹¹⁴ Artículo 56 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmpsam.html>

¹¹⁵ Artículo 69 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmpsam.html>

- rehabilitación

a los usuarios, así como de formación y desarrollo de personal para la salud e investigación científica.
- Hospital de Especialidades son los establecimientos de segundo y tercer nivel para la atención de pacientes, de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas que presta servicios de
 - urgencias,
 - consulta externa,
 - hospitalización

y que deberá realizar actividades de

 - prevención,
 - curación,
 - rehabilitación,
 - formación y desarrollo de personal para la salud,
 - así como de investigación científica
- Institutos que es el establecimiento de tercer nivel, destinado principalmente a
 - la investigación científica,
 - la formación y
 - el desarrollo de personal para la salud.

Podrá prestar servicios de

- urgencias,
- consulta externa y
- de hospitalización,

a personas que tengan una enfermedad específica, afección de un sistema o enfermedades que afecten a un grupo de edad

En cuanto a los auxiliares de diagnóstico y tratamiento estos se definen como *“establecimiento público, social o privado, independiente o ligado a algún servicio de atención médica, que tenga como fin coadyuvar en el estudio, resolución y*

*tratamiento de los problemas clínicos.*¹¹⁶ Estos servicios se clasifican en laboratorios y gabinetes. Los laboratorios se clasifican en aquellos de patología clínica y aquellos de anatomía patológica, histopatología y citología exfoliativa; los gabinetes se clasifican en radiología y tomografía axial computarizada, en medicina nuclear, en ultrasonografía y en radioterapia.¹¹⁷

En lo que se refiere a derechos, en términos generales los usuarios de los servicios de salud gozan de los siguientes¹¹⁸:

- a. A obtener prestaciones oportunas y de calidad
- b. A recibir atención profesional y éticamente responsable
- c. A recibir trato digno y respetuoso de los profesionales, técnicos y auxiliares.
- d. A elegir libre y voluntariamente al médico que los atienda en Primer Nivel de Atención. En este sentido curiosamente se marca la diferencia con las instituciones de seguridad social señalando que este derecho es sólo para los asegurados a favor de sus beneficiarios.
- e. A recibir información
 - i. Suficiente
 - ii. Clara
 - iii. Oportuna
 - iv. Veraz
- f. A recibir orientación sobre su salud, riesgos, alternativas de procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos.
- g. A decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos ofrecidos.

¹¹⁶ Artículo 139 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmmpsam.html>

¹¹⁷ Artículo 140 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmmpsam.html>

¹¹⁸ Artículos 51 a 51 bis 3 de la Ley General de Salud

- h. A contar con facilidades para una segunda opinión
- i. A que sus quejas sean resueltas en forma oportuna y efectiva

Además de los anteriores, los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud gozan de los siguientes derechos¹¹⁹:

- a. A recibir lo que la Ley denomina Servicios Integrales de Salud. En este sentido, sin embargo, la Secretaría de Salud emite el catálogo, al cual se limita la atención en este Sistema además de que muchas de las prestaciones en dicho catálogo podrían ser consideradas como actividades preventivas que se daban y dan de manera gratuita en la atención a población abierta.
- b. A recibir los medicamentos y este sí es un punto distintivo con el trato tradicional a población abierta pero no en cuanto a la seguridad social ya que, dentro del rubro de prestaciones en especie está la atención farmacéutica.
- c. A contar con su expediente clínico aunque en principio, la NOM-168-SSA1-1998 establece este derecho para todos los usuarios al igual que la confidencialidad en la información. En este sentido ya se comentó que la Ley del Seguro Social señala de manera clara este rubro.
- d. A obtener facilidades para una segunda opinión. Este también es un punto distintivo con la atención a población abierta y con la seguridad social ya que en el texto de la Ley del Seguro Social no aparece esta posibilidad.

Ante todo lo anterior, cabe señalar que no existen disposiciones específicas en materia de derechos de los usuarios dentro de la Ley del Seguro Social. Ahora bien, en principio podría considerarse que los derechos consagrados en la Ley General de Salud deberían hacerse extensivos a los usuarios de los servicios de salud de las instituciones de seguridad social simplemente por pertenecer al

¹¹⁹ Artículo 77 bis 37 de la Ley General de Salud

Sistema Nacional de Salud, sin embargo existe disposición expresa en dicha Ley que remite a las Leyes especiales de esas instituciones y por lo tanto lo antes expuesto sólo aplicaría a los usuarios de los servicios públicos en sus modalidades de atención a población abierta y seguro popular así como al privado y social de conformidad con el texto de el artículo 37 de la Ley General de Salud.

4 . Referencia en la asignación presupuestal y recursos en salud y seguridad social en 1943, 1973, 1997 y 2008.

Uno de los indicadores que ha tomado especial relevancia en los últimos años aunque desde sus inicios era tomado en consideración en materia del seguro social a cargo del Instituto y que podríamos considerar un Indicador Indirecto sería justamente el monto de los recursos de que dispone. Es un indicador indirecto porque el que se cuente con cierta cantidad de dinero no necesariamente es garantía de que se va a invertir en la prestación del servicio o que se hará eficientemente. Sin embargo, sí dan una idea de la situación que guarda o guardaba la prestación del servicio. Por ejemplo, en sus inicios hay un claro respeto a las reservas actuariales para los pasivos a largo plazo derivados de pensiones y que conforme fue transcurriendo el tiempo se dejó de citar este dato en los informes presidenciales e incluso se dio entrada a asegurados sin capacidad contributiva que fueron importantes demandantes de servicios de atención médica. Finalmente y a partir de la Ley de la década de los 90's se hace una importante referencia a la subrogación de servicios a cargo del Instituto y de la insuficiencia de recursos en el Ramo de Enfermedades y Maternidad. (Ver anexo D)

5 . Referencia en planes de desarrollo e informes de gobierno en materia de salud y seguridad social 1943, 1973, 1997 y 2007.

Inicialmente hay que destacar que la Ley de Planeación que es el sustento legal del Plan Nacional de Desarrollo y los Programas Sectoriales fue publicada en el

Diario Oficial de la Federación de fecha 5 de enero de 1983 y entró en vigor al día siguiente de su publicación y por lo tanto no existe una planeación en lo que se refiere a los años de 1943 y 1973, aunque sí encontramos alguna referencia a ellos en los informes de gobierno.

En este sentido las mejores fuentes a las que se puede uno allegar son los informes de gobierno anteriores¹²⁰ a la fecha de entrada en vigor de la citada Ley. De esta manera, en el Informe de Gobierno del General Manuel Ávila Camacho del 1 de septiembre de 1943, concretamente en el apartado de Trabajo y Previsión Social señalaba que *“Se promulgó la Ley del Seguro Social y se hizo la designación de los principales funcionarios que han tenido la responsabilidad de la marcha del Instituto. Se dispuso que, a partir del primero de enero de mil novecientos cuarenta y cuatro, se implanten, en el Distrito Federal, los seguros obligatorios de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, de enfermedades no profesionales, de maternidad, de invalidez, de vejez, de cesantía en edad avanzada y de muerte; además de los seguros adicionales y facultativos.”*¹²¹ Ya en lo que en dicho informe se denominaba como Salubridad Pública, los datos relevantes son en materia de epidemias y endemias, salud pública, vacunación, la intención de integrar un Catastro Sanitario de la República y la existencia de estadística de Salubridad, la referencia a los Servicios Sanitarios Coordinados así como los servicios de Higiene Rural y Medicina Social. Es en 1943 cuando se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia¹²² según se comenta que por fusión de la entonces Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública¹²³. De especial relevancia fue justamente que en este informe se abre un apartado específico para el Seguro Social citándose la

¹²⁰ Página. 500 años de México en documentos. <http://www.biblioteca.tv>

¹²¹ 500 años de México en documentos. El General Manuel Avila Camacho, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1943. <http://www.biblioteca.tv/artman2/uploads/1943.pdf> p258

¹²² 500 años de México en documentos. El General Manuel Avila Camacho, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1944. p289

¹²³ Ibid. 500 años de México en documentos. El General Manuel Avila Camacho, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1946 p344

implantación del Régimen en el Distrito Federal resaltando los principios de (1) cooperación tripartita, (2) descentralización políticofinanciera y de (3) eficiencia y unidad de los servicios médicos y farmacéuticos..¹²⁴

Posteriormente en 1973 se propuso por el Licenciado Echeverría Álvarez una nueva Ley del Seguro Social ¹²⁵ y se emitió un Plan Nacional de Salud con una vigencia de diez años que finalmente parece ser no tuvo mucho impacto.¹²⁶ .

Ya para la gestión del Licenciado Ernesto Zedillo Ponce de León existía la Ley de Planeación y por ende la obligación del Ejecutivo de emitir el Plan Nacional de Desarrollo. Es así como el correspondiente de 1995 a 2000¹²⁷ establecía dentro del apartado de Desarrollo Social el inciso sobre “Ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios básicos” dentro del cual se encontraban los rubros de Salud y de Seguridad Social en los cuales se puede destacar lo siguiente:

- Que desde el punto de vista de acceso formal a la atención médica en las instituciones públicas, existen dos grandes grupos de usuarios, los afiliados a la seguridad social (45 millones en aquel entonces) y los no asegurados (alrededor de 35 millones)
- Existe una segmentación en las instituciones del sistema y operan de manera centralizada, sin líneas definidas para una coordinación entre ellas
- Reorganización del gasto en salud
- Reforzar los recursos humanos necesarios para la adecuada prestación de los servicios
- Esquemas de financiamiento coherente con capacidad de selección del usuario y responsabilidad administrativa del gobierno

¹²⁴ Ibid. 500 años de México en documentos. El General Manuel Avila Camacho, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1944. P 290

¹²⁵ . 500 años de México en documentos. El Lic. Luis Echeverría Alvarez, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1973. p76. No.292

¹²⁶ . 500 años de México en documentos. El Lic. Luis Echeverría Alvarez, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1974. p103. No.278

¹²⁷ Página del Ítesm. <http://uninet.mty.itesm.mx/legis-demo/progs/pnd.htm#T4-C5-S2>

- Procurar que todos los trabajadores gocen de los beneficios de la seguridad social.
- Agrupamiento de los servicios estatales en el Consejo Nacional de Salud
- Considera a la seguridad social como un valioso instrumento para dar acceso a la población a niveles superiores de bienestar
- Reestructuración de las instituciones dentro del Sistema Nacional de Salud
- Descentralización operativa de servicios a población no asegurada, concluyendo el proceso de descentralización en las entidades federativas. En una primera fase se terminarían de delegar en todos los estados y el Distrito Federal, las facultades, decisiones, responsabilidades y sobre todo, el control sobre asignación y uso de recursos.
- IMSS Solidaridad también se transferiría a los gobiernos estatales junto con recursos, apoyos técnicos, operativos y organizativos.
- Se apoyaba en el Programa Municipio Saludable
- Ampliación de cobertura de servicios
- Reforzar recursos hacia fomento de una vida saludable, programas de medicina preventiva y garantía en el abasto de medicamentos e insumos esenciales
- Establecimiento de criterios generales para hacer más eficientes los servicios de salud
- La garantía de un paquete básico de servicios de salud para todos los mexicanos cuyos ejes básicos sean vacunación, nutrición y salud reproductiva más los que las necesidades regionales y locales determinen

En este aspecto, del Programa Nacional de Salud 2001-2006 se pueden destacar los siguientes elementos:

- Dentro de los retos considera la dinámica de la población *“ya que los cambios demográficos tendrán una influencia muy importante en las condiciones de salud de los mexicanos y en la demanda de servicios”*.¹²⁸

¹²⁸ Programa Nacional de Salud 2001-2006, op cit. p28

- Señala como uno de los rasgos distintivos de nuestras condiciones en salud es la desigualdad entre regiones de nuestro país.
- Los servicios que se prestan a usuarios son desiguales en tanto regiones del país pero además son de productividad heterogénea
- Existen nuevos fenómenos del crecimiento poblacional caracterizado por el descenso de la velocidad de reproducción de la población y su envejecimiento.
- El cambio de la estructura por edades es de gran trascendencia porque los problemas de salud de la población adulta mayor son más costos y difíciles de atender.
- Existen nuevos indicadores que no se limitan a medir la mortalidad o la natalidad sino la discapacidad, tales son el de EVISA (esperanza de vida saludable) y AVISA (años de vida saludable)
- Existe un importante rezago en salud ante enfermedades que son evitables con intervenciones de bajo costo como son padecimientos derivados de la desnutrición, infecciones comunes y los asociados con actividades reproductivas.
- Existen enfermedades emergentes que han logrado desplazar a aquellas que eran consideradas como las principales causas de muerte.
- Dos de los principales problemas de los servicios de salud son, los altos costos de la atención y la falta de recursos e infraestructura en las unidades.
- Se considera que existen problemas de respeto de los derechos humanos de los pacientes.

Finalmente en lo que se refiere al Programa Nacional de Salud 2007-2012 se encuentran los siguientes puntos de relevancia:

- Subsiste la heterogeneidad como el principal problema en la calidad de los servicios de salud

- Reducción de la brecha en el gasto público al Instituto con la Secretaría de Salud por los recursos que se han inyectado al Sistema de Protección Social en Salud
- La población atendida por el Seguro Popular e IMSS Oportunidades asciende a 58 millones y el Instituto atiende a una población de 38 millones.
- Subsiste el problema del envejecimiento de la población y modificación del perfil de padecimientos de la población adulta mayor.

Por su parte, el Lic. Felipe Calderón Hinojosa, en su Segundo Informe de Gobierno ¹²⁹ señala que:

- En 2007 se ejerció un gasto público en salud de 212 895 millones de pesos que representó el 1.9 por ciento del PIB. De ese total, el 56.8 por ciento lo ejercieron las instituciones prestadoras de servicios de seguridad social y de ese por ciento, el 71.1 por ciento lo ejerció el Instituto.
- En materia de infraestructura se hace referencia a PPS (Proyectos Público Privados de Prestación de Servicios a largo plazo que son coinversiones público-privadas de una alta complejidad jurídica y técnica que implican la edificación de infraestructura, equipamiento, mantenimiento e insumos por particulares en terrenos del gobierno estatal o federal que corresponda a cambio del pago al particular por 25 años) con dos hospitales regionales de alta especialidad, uno en Ciudad Victoria y el otro en Ixtapaluca y quedando otros 5 por llevarse en Querétaro, Chihuahua, Culiacán, Torreón y Acapulco. Se está construyendo otro en Durango con inversión pública exclusivamente.
- Existen nuevas figuras de atención como son las UNEMES (Unidades de Especialidades Médicas) y las UMAES (Unidades Médicas de Atención Especializada) como modelos de atención y se tenía proyectado que entraran en operación 169 en 2008.

¹²⁹ Página oficial del Gobierno Federal con los Informes Presidenciales del Lic. Felipe Calderón Hinojosa.
<http://www.informe.gob.mx/informe/?contenido=14>

- Se hace referencia a un incremento de la consulta externa en un 2.8 por ciento y en un 2.5 en las intervenciones quirúrgicas entre 2007 y 2008.
- Mucho de la actualización de la infraestructura se hace a través del denominado Plan Maestro de Infraestructura en Salud creado en virtud del Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular.

En lo que a los PPS se refieren se puede destacar que son proyectos para el desarrollo de infraestructura en donde existe una forma de asociación público-privada. En sus inicios se denominaron PIDIREGAS ¹³⁰y se cuestiona el impacto que tengan en Deuda Interna de Largo Plazo. Actualmente existen diversas reformas en las Constituciones de algunas entidades federativas así como en sus leyes, sea de adquisiciones o bien en las de obras públicas ya que no existe criterio definido y existe una anarquía en este sentido.¹³¹

Los UNEMES y UMAES aparentemente son hospitales de especialidades conforme a la definición consagrada en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

En cuanto a los Centros Regionales de Alta Especialidad, son una figura que se consagró en el Ley General de Salud a partir de la reforma que crea el Sistema de Protección Social en Salud, pero sin contar con una definición en este sentido, parece ser que son Hospitales de Especialidades que corresponden a lo que se conoce como segundo nivel de atención. Esta concepción en niveles de atención, parece ser que fue algo desarrollado por el Instituto y posteriormente extendido al resto del Sistema Nacional de Salud. Finalmente es una concepción de administración de los servicios para eficientarlos clasificándolos según niveles de costo, complejidad de los padecimientos atendidos y población usuaria. Es así como, en el primer nivel se tienen las unidades de medicina familiar que son el

¹³⁰ Documento del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas de la Cámara de Diputados. <http://www.cefp.gob.mx/intr/edocumentos/pdf/cefp/cefp0562005.pdf>

¹³¹ Página de la Cámara Mexicana de la Industria de la Construcción. <http://www.cmic.org/cmhc/eFinanciamiento/proyserv.htm>

primer contacto con el paciente, son unidades de bajo costo, que atiende padecimientos comunes y de baja complejidad y al que acuden altos volúmenes de la población usuaria. El segundo nivel se refiere a unidades hospitalarias y en donde ya se habla de padecimientos más complejos, de mayor costo tanto infraestructura como equipamiento y en donde es menor el volumen de pacientes que se atienden en comparación todo esto con las unidades de primer nivel de atención. Ya en lo que corresponde a tercer nivel de atención, se esta ante unidades hospitalarias de infraestructura y equipamiento de alto costo por su complejidad, que atiende padecimientos de alta complejidad y que atiende un menor volumen de población. Esto no tiene fundamento jurídico alguno sino simplemente son esquemas administrativos de atención a la población usuaria de los servicios de salud y que fácilmente puede modificarse.

Anexo A del Capítulo IV

Indicadores y Referencias en materia de Población

En cuanto a los “Conglomerados socioeconómicos de países según el nivel y la brecha de ingreso 1978-1988”, México está ubicado en la Brecha Alta de ingreso (que es en razón del ingreso 20% superior / 20% inferior) en relación con el Nivel de Ingreso (producto nacional bruto per capita ajustado por el poder adquisitivo de la moneda).¹³²

En lo relativo a los indicadores demográficos respecto a México 1996-2002 se destacan las siguientes estimaciones, entre otras¹³³:

- La población en miles era de 92.709.7 en 1998 a 101.842.4 para 2002
- El cambio poblacional en miles fue de 9.132.7
- La tasa de crecimiento poblacional se estimó en un 1.6 por ciento

Cabe señalar que el dato de población en miles para 2007 se estima en 106.535 por la Organización Mundial de la Salud.¹³⁴ aunque el Programa Nacional de Salud 2007-2012 considera que en 2006 era ya de 107.5¹³⁵

En lo que se refiere a la población urbana y rural, la Organización Panamericana de la Salud hacía su estimación en los siguientes términos¹³⁶:

- La población urbana para 1996 en miles era de 68.268, para 2002 de 76.217 y para 2008 de 84.010.

¹³² La Salud en las Américas, op. cit. p29

¹³³ La Salud en las Américas, op.citi. p24

¹³⁴ Organización Mundial de la Salud, op. cit. P95

¹³⁵ Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. Secretaría de Salud. Primera edición 2007. México p50

p24

¹³⁶ La Salud en las Américas, op.cit. p79

- La población rural para 1996 en miles era de 24.441, para 2002 de 25.626 y para 2008 de 26.234.
- Esto representaba que el 73.6% de la población era urbana en 1996, el 74.8 en 2002 y el 76.2 en 2008 (La Organización Mundial de la salud se refiere a 72% en 1990, 75 en 2000 y 77 en 2007)

El Instituto reporta como número total de derechohabientes 44,934,587, de los cuales, 23,292,565 son asegurados permanentes siendo que para abril de 2009 el Instituto tenía adscritos a 37,127,353 derechohabientes con médico familiar que es la puerta de entrada a los servicios de salud del Instituto¹³⁷.

Desde 1943, a seis meses de su establecimiento, la referencia era de atenciones médicas a 500 000 trabajadores y sus familiares.¹³⁸

En cuanto a población cubierta por el Seguro Social a cargo del Instituto, un primer dato relevante consiste en que para finales del sexenio del General Ávila Camacho ya había presencia del Seguro Social en el Distrito Federal, Puebla, Monterrey y Guadalajara. La población cubierta en ese entonces era de 311 000 trabajadores y 452 000 beneficiarios.¹³⁹

En el año 1958 en cuanto al apartado específico que se destinaba al Seguro Social, se señalaba que en 1953 operaba en 9 entidades federativas con una población amparada de 1 141 000 y que para 1958 ya era en toda la República

¹³⁷ Tabla población derechohabiente imss.

http://www.imss.gob.mx/dpm/dties/Tabla.aspx?ID=SCRS04_0020_01&OPC=opc04&SRV=M00-1

¹³⁸ 500 años de México en documentos. El General Manuel Avila Camacho, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1944. P 290

¹³⁹ . 500 años de México en documentos. El General Manuel Avila Camacho, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1946 p347

con una población amparada de 2 564 000 de los cuáles 219 000 eran campesinos. .¹⁴⁰

En “1970 la población derechohabiente de la seguridad social representaba 24% de la población total, en tanto que en 1990 ascendió casi a 60% y que, a pesar del crecimiento poblacional que se presentó en ese lapso, la población abierta descendió de 38.6 millones a poco menos de 32.5.”¹⁴¹

Ya desde la última década del siglo veinte, el Doctor José Narro Robles hacía referencia a que “La cobertura de la población por las dos grandes instituciones de seguridad social es realmente importante. En 1992 protegieron casi a 56% de la población nacional dentro de sus programas ordinarios. Si a esta cifra se suma la población que es atendida, en materia médica por el programa IMSS-Solidaridad, resulta que casi 70% de los mexicano puede resolver potencialmente sus problemas de salud en los programas de seguridad social.”¹⁴² Asimismo, el Doctor Narro agregaba que “Más impresionante que lo anterior resulta reconocer que en el espacio de cuatro décadas el porcentaje de población atendida creció más de 13 veces y que en los últimos años la población abierta no ha crecido ni en términos absolutos ni relativos”.¹⁴³ Adicionalmente, otro dato fundamental citado por el Doctor Narro es el relativo a que “Resulta oportuno identificar la composición de la población derechohabiente. De cada 1 000 de ellos, 289 son asegurados, 656 corresponde a familiares de los trabajadores y el resto, 55, son pensionados o familiares de ellos”.¹⁴⁴ Estos datos de 1992 son fundamentales si tomamos en consideración que los únicos cotizantes son los asegurados, es decir, los únicos que pagan cuotas al Seguro Social en general y concretamente al

¹⁴⁰ 500 años de México en documentos. El Sr. Adolfo Ruiz Cortines, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1958. p667

¹⁴¹ Narro Robles José. *La seguridad social mexicana en los albores del siglo XXI. Una visión de la modernización de México.* Fondo de Cultura Económica. México 1993. p52

¹⁴² Ibidem p67

¹⁴³ Idem

¹⁴⁴ idem

Ramo de Enfermedades y Maternidad, son los trabajadores asegurados, que equivalían en aquel entonces a poco menos del 30% de los receptores de los servicios de salud que prestaba el Instituto. El grueso de la población usuaria eran los familiares de asegurados, que siendo receptores de prestaciones en especie del Ramo de Enfermedades y Maternidad y por lo tanto, usuarios de la infraestructura, servicios y medicamentos, no pagaban ni un centavo por ello. En el mismo caso estaban los pensionados y familiares de pensionados. La razón de ello son los principios de solidaridad y subsidiariedad que sustentan un Seguro Social ya que se presupone que los cálculos actuariales y financieros que fundamentan el pago de las cuotas están considerando los costos que representan las prestaciones en especie del Ramo de Enfermedades y Maternidad para no cotizantes. Sería interesante que algún actuario y especialista financiero en verdad analizara hasta qué punto la aportación que hace el Gobierno Federal a este Ramo de Aseguramiento, compensa el costo que representa para el Instituto el atender a esa población que, de no hacerlo, sería demandante de los servicios a población abierta o de los del Sistema de Protección Social en Salud. No cuestiono la importancia de que el Seguro Social atienda a los beneficiarios de los asegurados o pensionados, antes al contrario, considero que de no haber sido así, muchos problemas de salud probablemente hubieran escalado a dimensiones inimaginables por la insuficiencia de presupuesto y recursos (físicos, humanos, financieros...) de las instituciones prestadoras dentro del Subsistema Público del Sistema Nacional de Salud.

Ahora bien, “aparentemente” hubo una reducción en la población amparada por el Seguro Social ya que para el 2001, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 señalaba que cerca del 40 por ciento de la población era atendida por instituciones prestadoras de servicios a población no asegurada, sin embargo incluía dentro de este porcentaje a los receptores de los servicios IMSS-Solidaridad que, aunque con cargo a presupuesto federal, eran atendidos mediante la infraestructura y personal del Instituto para tales efectos, por lo tanto, es cierto que no era población asegurada pero indudablemente era población receptora de servicios por el Instituto. Asimismo, el citado Programa refería a que la población atendida

por la Seguridad Social, incluyendo en ella a la del Seguro Social a cargo del Instituto pero también de las otras prestadoras de este servicio público (ISSSTE, ISSFAM, Pemex) era del 50 por ciento y finalmente el 10 por ciento restante era atendido por el prestadores de servicios del sector privado.¹⁴⁵

¹⁴⁵ Programa Nacional de Salud 2001-2006, op. cit. p59

Anexo B del Capítulo IV

Indicadores y Referencias en materia de Servicios de Salud

Desde 1943, a seis meses de su establecimiento, la referencia era de 1 375 000 atenciones médicas .¹⁴⁶

Para el tercer informe de gobierno del Licenciado Miguel Alemán Valdés los servicios que había prestado el Instituto eran de poco menos de 4 400 000 consultas externas, poco menos de 4 700 000 de lo que denominaban auxiliares de tratamiento, poco menos de 370 000 servicios auxiliares de diagnóstico, 823 000 atenciones a domicilio y 35 000 hospitalizaciones.¹⁴⁷ .

Acorde con lo señalado por el Programa Nacional de Salud 2001-2006 lo que denomina “componentes públicos del sistema de salud generan anualmente 168 millones de consultas generales, 34 millones de consultas de especialidad, 24 millones de consultas de urgencia, 13 millones de consultas odontológicas, 1.5 millones de partos, 2.7 millones de intervenciones quirúrgicas y poco más de 4 millones de egresos hospitalarios. Por lo que se refiere a los servicios auxiliares de diagnóstico, el sector público genera 4 millones de estudios de anatomía patológica, 167 millones de análisis de laboratorio y 18 millones de estudios radiológicos.¹⁴⁸

Por su parte el Programa Nacional de Salud 2007-2012 hace referencia a 187 millones de consultas generales, 41 millones de consultas de especialidad, 27 millones de consultas de urgencia, 1.5 millones de partos, 3.1 millones de intervenciones quirúrgicas y 4.5 millones de egresos hospitalarios.¹⁴⁹

¹⁴⁶ Ibid. 500 años de México en documentos. El General Manuel Avila Camacho, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1944. p290

¹⁴⁷ 500 años de México en documentos. El Lic. Miguel Alemán Valdés, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1949. p414

¹⁴⁸ Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. Secretaría de Salud. Primera edición 2001. México. p60

¹⁴⁹ Programa Nacional de Salud 2007-2012. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. Secretaría de Salud. Primera edición 2007. México p62

Anexo C del Capítulo IV

Indicadores y Referencias en materia de Infraestructura

Es así como intentando ilustrar esta evolución se puede citar que en el año 1952 se hacía referencia a que al inicio de la gestión del Lic. Ruiz Cortines habían 20 mil camas y que pasaron a ser 31 mil en el sector gubernamental al final de su sexenio. En cuanto al número de camas en el Seguro Social se citaba la existencia de 19 hospitales con una capacidad de 1 698 camas en 1953 contra 105 hospitales con una capacidad de 7 410 camas al final de su gestión..¹⁵⁰

Para el año 1973 se hacía referencia a el incremento de camas se cita en un 65 por ciento en relación con el año anterior.¹⁵¹ Asimismo, se hace referencia a la construcción “O” rehabilitación de 392 unidades hospitalarias y centros de salud con un total de 2 000 camas”¹⁵²

En el año de 1997 se tenían los siguientes registros de 76 214 camas censables de las cuales 1 848 eran del Instituto para población abierta y 28 226 para población derechohabiente.¹⁵³

Finalmente, en el periodo que comprende de 2000 a 2008 el promedio de camas de hospital por cada 10 000 habitantes fue de 16.¹⁵⁴ y el número de camas era de 75 303 en 2000 y pasó a 80 066 en 2007 sin contar con datos desagregados por institución del sector público.¹⁵⁵

¹⁵⁰ 500 años de México en documentos. El Sr. Adolfo Ruiz Cortines, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1958. p667

¹⁵¹ Ibid. 500 años de México en documentos. El Lic. Luis Echeverría Álvarez, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1973. p77. No.298

¹⁵² 500 años de México en documentos. El Lic. Luis Echeverría Álvarez, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1974. p104. No.289 a 292

¹⁵³ Salud Pública de México. Volumen 40. Número 5. Septiembre Octubre 1998. P457

¹⁵⁴ Organización Mundial de la Salud. Op cit. Tabla 6 p 101

¹⁵⁵ Página oficial de la Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Información en salud. http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/infra_numeralia_rf.xls

De un breve análisis de los datos aportados durante el sexenio del General Ávila Camacho podemos concluir que generó una gran infraestructura de salud para población abierta. Muestra de ello radica en la enumeración de la infraestructura concluida y la iniciada durante su gestión, entre la que cabe destacar los siguientes rubros:

- Para las actividades de salubridad y asistencia se contaba entonces con 1 324 establecimientos
- Se terminaron:
 - i. El Hospital General Regional de Manzanillo
 - ii. El Hospital General Regional de Tuxtla Gutiérrez
 - iii. La Maternidad Regina
 - iv. La Maternidad de Parral
 - v. El Centro de Higiene en Ciudad Juárez
 - vi. El anexo de cirugía del sanatorio de Tuberculosos de Huipulco
 - vii. El Hospital del Niño
 - viii. El Instituto Nacional de Cardiología
 - ix. El Centro Materno Infantil “Maximino Ávila Camacho”
 - x. El Centro Materno Infantil “Soledad Orozco de Ávila Camacho”
 - xi. El Hospital para enfermedades de la nutrición
 - xii. El Hospital de Tuberculosos “Manuel Gea González”
 - xiii. El Hospital para enfermos del Mal del Pinto en Argelia
 - xiv. La Granja para enfermos mentales Tranquilos de León
 - xv. El Hospital General Regional de Salvatierra
 - xvi. El Hospital para crónicos de Tepexpan
 - xvii. El Hospital General Regional de Teziutlan
 - xviii. El Hospital General Central de Puebla
 - xix. El Hospital General Central de San Luis Potosí
 - xx. El Hospital General Regional de Nuevo Laredo
 - xxi. El Hospital General Regional de Tampico
 - xxii. El Hospital General Regional de Tlaxcala

xxiii. El Hospital General Rural y Estación Médica en Martínez de la Torre

- Se iniciaron obras de construcción del :
 - i. Hospital General Regional de Campeche
 - ii. Hospital General Regional de de Tapachula
 - iii. Hospital General Regional de Ciudad Juárez
 - iv. Hospital General Regional de Saltillo
 - v. Hospital General de Piedras Negras
 - vi. Hospital General del Parral
 - vii. Hospital Urbano de Emergencias
 - viii. Hospital de Infecciosos
 - ix. La Maternidad Mundet
 - x. La Policlínica General Anáhuac
 - xi. La Unidad de Gastroenterología del D.F.
 - xii. Hospital General de Tulancingo
 - xiii. Hospital General Central de Guadalajara
 - xiv. Hospital General Regional de Yahuialica
 - xv. Hospital para Tuberculosos de Zoquipan
 - xvi. Hospital General Regional de Acapulco
 - xvii. Hospital General Regional de Tlalnepantla
 - xviii. Hospital General Regional de Tepic
 - xix. Hospital General Regional de Santiago Ixcuintla
 - xx. Hospital General Rural de Tuxtepec
 - xxi. Hospital General Regional de Mazatlán
 - xxii. Hospital General Regional Ejidal de los Mochis
 - xxiii. Hospital General Central de Hermosillo
 - xxiv. Hospital General Regional Ejidal de Obregón
 - xxv. Hospital General Regional de Coatzacoalcos
 - xxvi. Hospital General Regional de Cosamaloapan
 - xxvii. Hospital General Regional de Jalapa
 - xxviii. Hospital General Regional de Tuxpan

xxix. Hospital General Regional de Veracruz

De esta manera, en el Informe de Gobierno del General Manuel Ávila Camacho del 1 de septiembre de 1943 se destaca el apartado de Asistencia Pública¹⁵⁶ en donde hay una referencia a la edificación de hospitales (se citan 23) además de la cita expresa sobre la edificación del Hospital Infantil, la próxima inauguración del Instituto Nacional de Cardiología, la edificación de un gran Centro Médico del Distrito Federal incluyendo la Maternidad Mundet, la construcción del Hospital de Infecciosos, el inicio de obras del Hospital Médicoquirúrgico y del Hospital Urbano de Emergencia, las obras del Centro de Asistencia Maternoinfantil y Policlínica de Peralvillo, inicio de las del Centro Maternoinfantil y Policlínica de Tacubaya así como la apertura de un Departamento de consulta externa con laboratorios especiales para hacer estudios de nutrición dentro del Hospital General. Si cita referencia a infraestructura ya existente en aquel momento como era el Hospital General, el Juárez, el Manicomio General, Leprocomio de Zoquiapan y Hospital para enfermos avanzados de Tlalpan. En el año de 1943, cuando se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia¹⁵⁷ se cita como infraestructura a 256 Centros de Higiene y Asistencia Maternoinfantil.

En cuanto al Seguro Social, a seis meses de su establecimiento, la referencia era de 31 clínicas, 117 consultorios y dos sanatorios. Para ese año se iniciaba la construcción de una maternidad y 5 unidades hospitalarias.¹⁵⁸

En cuanto al Seguro Social, para finales del sexenio del General Ávila Camacho ya tenía presencia en el Distrito Federal, Puebla, Monterrey y Guadalajara. La

¹⁵⁶ 500 años de México en documentos. El General Manuel Avila Camacho, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1943. <http://www.biblioteca.tv/artman2/uploads/1943.pdf> Ibid. P262

¹⁵⁷ 500 años de México en documentos. El General Manuel Avila Camacho, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1944. p289

¹⁵⁸ Ibid. 500 años de México en documentos. El General Manuel Avila Camacho, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1944. P 290

infraestructura era de 19 clínicas, 11 sanatorios, 129 consultorios, 39 farmacias, 28 laboratorios clínicos y radiológicos.¹⁵⁹

En el tercer informe de gobierno del Licenciado Miguel Alemán Valdés en materia de infraestructura cabe resaltar la edificación del Hospital de zona “La Raza” y del edificio central del Instituto.¹⁶⁰

En el año 1952 se hacía referencia a 396 centros maternoinfantiles y que durante la gestión del Lic. Ruiz Cortines pasaron a ser 925 además de la construcción de 315 hospitales, 44 Centros de salud y 6 clínicas. En cuanto al apartado específico que se destinaba al Seguro Social, se señalaba que en 1953 operaba en 9 entidades federativas y la infraestructura del Seguro Social era de 42 clínicas urbanas en 1953 y para 1958 eran 139 urbanas y 87 rurales..¹⁶¹

Posteriormente ya en 1973 se propuso por el Licenciado Echeverría Álvarez una nueva Ley del Seguro Social ¹⁶² aunque la información en materia de infraestructura era muy vaga pues se hacía referencia a 63 nuevas unidades médicas y que 74 estaban en construcción, sin embargo, una unidad médica puede ser un Centro de Salud o bien un Hospital de Especialidades; asimismo, el incremento de camas se cita en un 65 por ciento en relación con el año anterior y el de consultorios en un 37.5 por ciento en relación también con el año anterior.¹⁶³ Cabe destacar que durante el sexenio del Lic. Echeverría Álvarez se emitió un

¹⁵⁹ Ibid. 500 años de México en documentos. El General Manuel Avila Camacho, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1946 p347

¹⁶⁰ 500 años de México en documentos. El Lic. Miguel Alemán Valdés, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1949. p414

¹⁶¹ 500 años de México en documentos. El Sr. Adolfo Ruiz Cortines, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1958. p667

¹⁶² . 500 años de México en documentos. El Lic. Luis Echeverría Alvarez, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1973. p76. No.292

¹⁶³ Ibid. 500 años de México en documentos. El Lic. Luis Echeverría Alvarez, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1973. p77. No.298

Plan Nacional de Salud con una vigencia de diez años.¹⁶⁴ . Por otra parte, se cita la terminación de 1 555 casas de salud.¹⁶⁵ Sin citar cifras se consagran términos como “nueva política en materia de seguridad social”, “existencia de grupos que no tienen capacidad contributiva para incorporarse a los esquemas de aseguramiento”¹⁶⁶

Ya desde el año de 1992 el Doctor José Narro Robles resaltaba la importancia del rubro de infraestructura al señalar que “...*las dos más grandes instituciones de seguridad social cuentan con cerca de 2900 unidades de atención médica. De ellas 2 520 corresponden a unidades de consulta externa y 347 son hospitales generales y de especialidad.... se dispone de 35 000 camas censables, de casi 16 000 consultorios, de 1 100 quirófanos, de 1 075 gabinetes de radiología, de más de 500 laboratorios, de cerca de un centenar de bancos de sangre y de más de 600 salas de expulsión.*”¹⁶⁷

Hay que tener en cuenta que esta referencia es considerando tanto al IMSS como al ISSSTE y que no incluían los datos sobre atención a población abierta a través del Programa IMSS Solidaridad (antes IMSS Coplamar).

En el año de 1997 se tenían los siguientes registros¹⁶⁸:

- que el Sistema Nacional de Salud contaba con 16 194 unidades de consulta externa de las cuales 3 539 eran del Instituto para población abierta y 1499 para población derechohabiente;

¹⁶⁴ 500 años de México en documentos. El Lic. Luis Echeverría Alvarez, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1974. p103. No.278

¹⁶⁵ 500 años de México en documentos. El Lic. Luis Echeverría Alvarez, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1974. p104. No.279

¹⁶⁶ 500 años de México en documentos. El Lic. Luis Echeverría Alvarez, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1974. p104. No.289 a 292

¹⁶⁷ Instituto Mexicano del Seguro social, *.La Seguridad Social Mexicana.* Op cit.

P68

¹⁶⁸ *Salud Pública de México.* Volumen 40. Número 5. Septiembre Octubre 1998.

P457

- 915 hospitales de los cuales 68 eran del Instituto para población abierta y 256 para población derechohabiente (en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se citan 478 hospitales de la Seguridad Social con más de 15 camas pero este dato incluye a ISSSTE, Pemex e ISSFAM ¹⁶⁹);
- 47 523 consultorios de los cuales 4 188 eran del Instituto para población abierta y 13 259 para población derechohabiente;
- 2 599 quirófanos de los cuales 68 correspondían al Instituto para población abierta y 937 para población derechohabiente;
- 6 118 salas de expulsión de las cuales 68 eran del Instituto para población abierta y 479 para población derechohabiente;
- 1 675 laboratorios de análisis clínicos de los cuales 68 correspondían al Instituto para población abierta y 468 para población derechohabiente; y
- 1 886 gabinetes de radiología de los cuales 68 eran del Instituto para población abierta y 825 para población derechohabiente.

En este sentido para el año de 1999 se tenía registrado que de los 987 hospitales del sector público, 478 correspondían a la seguridad social; además, se contaba con 17 348 unidades de consulta externa, 49 913 consultorios, 6 607 salas de expulsión, 77 314 camas y 2723 quirófanos dentro de las instituciones públicas sin señalar de manera desagregada cuáles eran de la seguridad social y dentro de éstas a cuál.¹⁷⁰

Finalmente, en cuanto a la infraestructura actual, los datos con los que se cuentan son diferenciando sector público y sector privado, pero sin desagregarse dentro del sector público por institución prestadora de servicios. Es así como en el 2000 se contaba con 18 102 unidades de consulta externa y que para 2007 aumentaron a 19 495; las unidades hospitalarias eran de 997 en 2000 e incrementaron a 1

¹⁶⁹ Véase. Programa Nacional de Salud 2001-2006. P65 tabla 1.6

¹⁷⁰ Programa Nacional de Salud 2001-2006, op. cit p65

169 en 2007. El número de consultorios era de 51 384 en 2000 y pasó a 57 338 en 2007.¹⁷¹

No obstante lo anterior, la Secretaría de salud consagra dentro del Programa Sectorial 2007-2012 datos no publicados que establecen que del total de 1 121 hospitales a nivel nacional, 264 corresponden al Instituto; de las 19 156 unidades de consulta externa a nivel nacional , 1 507 son del Instituto; de los 2 893 quirófanos a nivel nacional, 992 son del Instituto y de las 78 643 camas, 29 351 son del Instituto.¹⁷²

¹⁷¹ Página oficial de la Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Información en salud. http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/infra_numeralia_rf.xls

¹⁷² Programa Nacional de Salud 2007-2012, op cit p54

Anexo D del Capítulo IV

Indicadores y Referencias en materia de Recursos y Presupuesto

En el primer año se reportaron 15 794 000 pesos de ingresos, de los cuales 3 704 000 se destinaron a servicios y 12 090 000 se destinaron a las reservas.¹⁷³

Para el año de 1946, los ingresos del Instituto habían sido de 54 millones de pesos y sus egresos de 26 700 000¹⁷⁴

No obstante que el Instituto contaba con importantes reservas a finales de la gestión del General Ávila Camacho, curiosamente ya para el tercer informe de gobierno del Licenciado Miguel Alemán Valdés se manifestaron desequilibrios financieros en el Ramo de Enfermedades y Maternidad. Ya para entonces las reservas eran de 192 millones de pesos.¹⁷⁵

Ya para el año 1957 se cita que el Ramo de Enfermedades y Maternidad trabajaba “dentro de las previsiones actuariales”.¹⁷⁶

En 1973 el Licenciado Echeverría Álvarez hacía referencia a una “nueva política en materia de seguridad social” y a la “existencia de grupos que no tienen capacidad contributiva para incorporarse a los esquemas de aseguramiento”¹⁷⁷

Ya para la gestión del Licenciado Ernesto Zedillo Ponce de León en el Plan Nacional de Desarrollo 1995 a 2000¹⁷⁸ establecía dentro del apartado de

¹⁷³. 500 años de México en documentos. El General Manuel Avila Camacho, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1944. P 290

¹⁷⁴. 500 años de México en documentos. El General Manuel Avila Camacho, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1946 p347

¹⁷⁵500 años de México en documentos. El Lic. Miguel Alemán Valdés, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1949. p414

¹⁷⁶ 500 años de México en documentos. El Sr. Adolfo Ruiz Cortines, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1958. p667

¹⁷⁷ 500 años de México en documentos. El Lic. Luis Echeverría Alvarez, al abrir el Congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1974. p104. No.289 a 292

Desarrollo Social el inciso sobre “Ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios básicos” dentro del cual se proponía el análisis y modificación de los entonces vigentes sistemas de financiamiento de la seguridad social para asegurar su viabilidad a mediano plazo

Acorde con el Informe de la Organización Mundial de la Salud 2009, en México, el gasto total en salud en 2000 era del 5.6 por ciento del Producto Interno Bruto y de 6.6 por ciento en el 2006. Asimismo se hace referencia a que el 67.6 por ciento del gasto general del gobierno en salud era para la seguridad social en el 2000 y de 60.2 en el 2006.¹⁷⁹

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se asienta que el gasto público se concentra en la atención curativa, sobre todo en la de especialidad y que en el IMSS los hospitales de segundo y tercer nivel absorben cerca del 75 por ciento del presupuesto de la institución y agrega que “*gasto de la seguridad social representa 35 por ciento del total del país.*”¹⁸⁰

La Secretaría de Salud sostiene que el gasto público total en salud ascendió a 243 812 millones de pesos, del cual el 50 por ciento correspondió al Instituto, el 35 por ciento a la Secretaría, el 8.7 al ISSSTE y el 3.1 a PEMEX. Asimismo señala que la brecha entre el gasto en salud del Instituto y la Secretaría se ha ido cerrando en virtud de los recursos asignados al Seguro Popular.¹⁸¹

En lo que se refiere al Resultado Ingreso/Gasto que anualmente lleva el Instituto, el Ramo de Enfermedades y Maternidad muestra un fuerte déficit que se ha ido incrementando desde 2002 manifestándose dicho déficit hasta por 35 millones de

¹⁷⁸ Página del Ítesm. <http://uninet.mty.itesm.mx/legis-demo/progs/pnd.htm#T4-C5-S2>

¹⁷⁹ Organización Mundial de la Salud, Op cit, p113

¹⁸⁰ Programa Nacional de Salud 2001-2006, op cit. p64

¹⁸¹ Programa Nacional de Salud 2007-2012, op.cit. p50

pesos para 2007.¹⁸² En este sentido se desea reiterar el que estas cifras pueden llevar a cierto sesgo si no se toma en cuenta que con la misma infraestructura, personal e insumos se atienden enfermedades y accidentes profesionales y que muchos de los derechohabientes son familiares no cotizantes de los asegurados que, de no ser atendidos por el Instituto tendrían que irse a demandar los servicios de los prestadores a población abierta o del seguro popular con el riesgo latente de colapsar los servicios por la insuficiencia de recursos para atenderlos.

Por su parte el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2009¹⁸³ y de conformidad con el artículo 7, el gasto programable del Instituto es de 299,000,000,000.00, de los cuales 49,254,000,000.00 será la aportación del Gobierno Federal y 82,154,000,000.00 para cubrir las pensiones en curso. La cantidad de 1,453,000,000.00 (para lo referente a los 141 (pensión de invalidez), 172 (pensión mínima garantizada), 172A (pagos por muerte no profesional) que en todos estos casos se refiere a insuficiencia de recursos en cuentas individuales; y 5,032,301,547.00 para la Reserva General Financiera y Actuarial y para el Fondo para el cumplimiento de obligaciones laborales de carácter legal o contractual. El Instituto se encuentra en el Presupuesto de Egresos dentro de las entidades sujetas a control presupuestal directo y que son aquellas cuyos ingresos están comprendidos en su totalidad en la Ley de Ingresos y sus egresos forman parte del gasto neto total¹⁸⁴. Asimismo es importante destacar que dentro del Presupuesto de Egresos se contempla la inversión por 1,500,000,000.00 en Infraestructura para la función salud en seguridad social pero corresponde al Programa IMSS Oportunidades y por lo tanto está orientada a población abierta y no a derechohabientes de la seguridad social a cargo del Instituto.

¹⁸² Informe Financiero y Actuarial IMSS 2007.

<http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/F8B80DD3-6819-4C29-85D0-7CE794F85B83/0/IFA31dic2007.pdf> p16

¹⁸³ Página oficial de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

http://www.apartados.hacienda.gob.mx/marco_juridico/documentos/marco_juridico_global/leyes_10072008/pef_2009.pdf

¹⁸⁴.Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. Art. 2 fracc XIX

Conclusiones y Propuestas

I. Conclusiones

1. Es incuestionable el derecho humano a la seguridad social y al seguro social. Aunque en los textos legales aun no se tiene clara la frontera entre uno y otro, la doctrina ha hecho algunos esfuerzos por determinarla.
2. En nuestro país, existe la referencia a las finalidades de la seguridad social pero en realidad el sistema esta integrado por una serie de seguros sociales atomizados cuyas actividades se entrelazan con las de los sistemas de asistencia social, salud y desarrollo social de manera desarticulada.
3. Es incuestionable el carácter de servicio público nacional del seguro social a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social y que consiste en el aseguramiento contra los diversos riesgos consagrados en la Ley y que en caso de realizarse, si el siniestro vulnera la salud o la capacidad productiva, genera el derecho a las prestaciones en los términos, condiciones y requisitos establecidos en la misma Ley. Aunque el rol fundamental del Seguro Social a cargo del Instituto ha sido como institución prestadora de servicios de salud, esto solamente corresponde a las prestaciones en especie de uno de los ramos de aseguramiento.
4. El Seguro Social a cargo del Instituto es un servicio público propio, uti singuli, de gestión pública, de aprovechamiento y de prestaciones obligatorias, indispensable, que responde a necesidades constantes, oneroso, monopolístico y federal.
5. El aseguramiento como servicio público a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social se hace a través de sus cinco ramos de aseguramiento y sus diez seguros dentro del Régimen Obligatorio, además de los seguros del Régimen Voluntario y las figuras intermedias de Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio e Incorporación Voluntaria en el Régimen

Obligatorio. Cada uno de estos seguros tiene diferentes prestaciones en dinero y/o en especie.

6. Dentro de los instrumentos internacionales que ha suscrito nuestro país, se destaca el Convenio 102, Norma Mínima de Seguridad Social de la Organización Internacional del Trabajo cuya Parte II se refiere a Asistencia Médica, que curiosamente no es una Parte Obligatoria y ni siquiera es una de las Partes Optativas que se tienen que cumplir por los Miembros que lo adoptaron.
7. Cuando se hace referencia al Instituto Mexicano del Seguro Social, se está ante un organismo descentralizado y un organismo fiscal autónomo con facultades materialmente legislativas. Eso implica que tiene personalidad jurídica y patrimonio propios y no está subordinado jerárquicamente al titular del Poder Ejecutivo; pero además, goza de facultades de autoridad tributaria que le permiten aplicar procedimiento administrativo de ejecución y no bastando con todo lo anterior, con facultades para emitir criterios y lineamientos de carácter general de los cuales, constitucionalmente sólo está investido el titular del Poder Ejecutivo Federal.
8. Los órganos de gobierno del Instituto, en su carácter de organismo descentralizado son la Asamblea General, el Consejo Técnico y la Comisión de Vigilancia como órganos tripartitos, y la Dirección General como órgano unipersonal cuyo titular es nombrado por el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos. También está organizada a través de delegaciones que tienen el carácter de órganos desconcentrados.
9. Las relaciones jurídicas que existen en virtud del seguro social a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social deben diferenciarse. Por una parte esta la relación obrero-patronal que es la generadora de obligación de aseguramiento. Por otra parte está la relación tributaria con el patrón como contribuyente y retenedor de las llamadas Aportaciones de Seguridad

Social. Finalmente está la relación con los trabajadores asegurados y sus familiares, verdaderos receptores del servicio público.

10. Es incuestionable la importancia del Seguro Social a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social en materia de salud, el desarrollo de la infraestructura, los servicios prestados y la población amparada son expresión efectiva de ello, desde su constitución hasta esta fecha.

II. Propuestas

1. Es recomendable analizar la viabilidad de armonizar la legislación administrativa con las leyes específicas y la doctrina ya que existen profundas divergencias.
2. Debe hacerse la revisión exhaustiva de la legislación en salud para determinar el contenido y alcance de las diversas figuras que consagra así como el marco de competencia acorde con la realidad social pero también en consonancia con el fundamento constitucional.
3. Sería recomendable incluir en el texto constitucional la referencia a la Seguridad Social ya que actualmente esta limitada a las Leyes reglamentarias del artículo 123, en su Apartado A fracción XXIX y Apartado B fracción XI en lo que se refiere al Seguro Social a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social lo que la Constitución (erróneamente) define como Seguridad Social referente a los trabajadores de los Poderes de la Unión y el Distrito Federal respectivamente, siendo que la Seguridad Social abarca los diversos seguros sociales atomizados en diferentes instituciones e incluso, una parte del Desarrollo Social y de manera importante, la protección a la salud. Futuros estudios en materia constitucional podrían determinar la viabilidad de incluirlo en el texto del artículo 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en virtud de la trascendencia e incidencia que tendría, adicionando dichas facultades dentro del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica.
4. En el lugar de existir diversos Sistemas desarticulados entre sí, como son los diversos Seguros Sociales y los Sistemas de Salud, de Asistencia Social

y de Desarrollo Social, podría así considerarse la creación de un Sistema Nacional de Seguridad Social que organice a los elementos atomizados en esos sistemas además de los seguros sociales, atendiendo a los fines de protección de la salud y de la de los medios de subsistencia que garantiza. Futuros estudios en materia administrativa que analicen la viabilidad de la integración de una dependencia, organismo descentralizado, un órgano desconcentrado o incluso, de un organismo constitucional autónomo serían necesarios para buscar armonizar, evitar las duplicidades y carencias actualmente existentes con un banco único de información de derechohabientes, prestadores, prestaciones y requisitos. No debe descartarse a priori el atribuirlo a estructuras ya existentes.

5. Con estas propuestas sí podríamos hablar de una Seguridad Social como un servicio público nacional, integrada por diversas dependencias y entidades en los tres niveles de gobierno y en donde los particulares podrían participar en la prestación del servicio público y prestaciones en dinero y en especie que de ella deriven.
6. Debe revalorizarse el papel que ha desempeñado el Instituto Mexicano del Seguro Social como institución prestadora de servicios de salud y reconsiderarse el costo que debe asumir el Gobierno Federal en las cuotas que aporta al Seguro, ya que los derechohabientes que no sean atendidos por el Instituto, necesariamente serían demandantes potenciales de los servicios a población en general con el consiguiente riesgo de colapsar el Sistema Nacional de Salud.
7. Los administrativistas podríamos considerar rescatar los valores de certidumbre y seguridad jurídica por encima de los de redituabilidad financiera que han tomado la delantera en la normativa administrativa de los últimos años en materia de seguros sociales. Los economistas y financieros deben trabajar conjuntamente con los abogados considerándolos sus colaboradores y no sus subordinados en la búsqueda de alternativas redituables financieramente, pero que no vulneren los principios generales en Derecho Administrativo.

Bibliografía

I. Libros

DELGADILLO GUTIÉRREZ, Luis Humberto, *Elementos de Derecho Administrativo*, Primer Curso, Editorial Limusa, Segunda Edición, México 2006

DE LA GARZA Sergio Francisco, *Derecho Financiero Mexicano*, Editorial Porrúa, México, 2006.

FERNÁNDEZ RUIZ Jorge, *Derecho Administrativo (Servicios Públicos)*, Editorial Porrúa, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1995.

FERNÁNDEZ RUIZ Jorge, *Derecho Administrativo y Administración Pública*, Editorial Porrúa, Universidad Nacional Autónoma de México, Segunda Edición, México, 2006.

FERNÁNDEZ RUIZ Jorge, *Diccionario de Derecho Administrativo*, Universidad Nacional Autónoma de México, Editorial Porrúa, México 2006.

FERNÁNDEZ RUIZ Jorge, *Servicios Públicos Municipales*, Instituto Nacional de Administración Pública A.C., Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Primera Edición, México, 2002.

FERNÁNDEZ RUIZ Jorge, coordinador. *Servicios Públicos de Salud y temas Conexos*. Editorial Porrúa, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Derecho, México 2006.

FRAGA Gabino, *Derecho Administrativo*, Editorial Porrúa, México, 2006.

HERNANDEZ CERVANTES ALEIDA, *La seguridad social en crisis, el caso del Seguro Social en México*, Editorial Porrúa, México 2008.

HERRERA GUTIERREZ Alfonso., *La Ley Mexicana del Seguro Social*, Propiedad del autor e impreso por Eduardo Limón, México, 1943.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, *México y la Seguridad Social*, . Tomo I. México,.MCMLII.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, *La Seguridad Social y el Estado Moderno*. Fondo de Cultura Económica, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. México 1992.

Informe sobre la Situación de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Centro Universitario Cultural A.C., Centro de Derechos Humanos Fray Francisco de Vitoria OP A.C. Noviembre 2002 – Noviembre 2003.

LARRAIN Felipe y SELOWSKY Marcelo, *El Sector Público y la Crisis de la América Latina*. Fondo de Cultura Económico. México 1990.

LAZO CERNA Humberto, *La medicina social en México*, México 1966.

LEON MAGNO MELÉNDEZ George, *La Unificación del Sistema de la Seguridad Social en México*, Editorial Porrúa, México 2008.

MESA LAGO Carmelo, *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*. Fondo de Cultura Económica. México 1986

MORENO PADILLA Javier, *Ley del Seguro Social*, Editorial Trillas, México, 1995.

- NARRO ROBLES José, *La seguridad social mexicana en los albores del siglo XXI. Una visión de la modernización de México*, Fondo de Cultura Económica, México, 1993.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, *Introducción a la Seguridad Social*, Oficina Internacional del Trabajo, Tercera Edición, Ginebra 1984.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, *El Seguro social y La Protección Social*, Oficina Internacional del Trabajo, Conferencia Internacional del Trabajo, 80ª reunión, Suiza 1993.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, *Seguridad Social, Guía de educación obrera*, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra 1995.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *La Salud en las Américas*, Volúmen I, Publicación Científica y Técnica No. 587, Edición 2002.
- PERALTA VALDES Juan Antonio, *Seguridad Social, Notas de clase*, Escuela Libre de Derecho, Curso 1976-1977.
- TAMBURI Giovanni, *La Seguridad Social en la América Latina. Tendencias y Perspectiva*. Selección de Carmelo Mesa-lago “*La crisis de la seguridad social y la atención a la salud. Experiencias y lecciones latinoamericanas*” Fondo de Cultura Económica, Primera Edición en español, México, 1986.
- URBINA FUENTES Manuel, MOGUEL ANCHEITA Alba, MUÑIZ MARTELÓN Melba Elena, SOLIS URDAIBAY José Antonio. Coordinadores. *La experiencia mexicana en salud pública. Oportunidad y rumbo para el tercer milenio*. Secretaría de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Sociedad Mexicana de Salud

Pública, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Fondo de Cultura Económica. México 2006.

VILLORO TORANZO Miguel, *Introducción al Estudio del Derecho*, Editorial Porrúa, México, 1974.

II. Documentos Publicados en Internet y páginas web

Página de la Real Academia Española. <http://www.rae.es/rae.html>

Página de la Organización de las Naciones Unidas.

<http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm> Artículo 22 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos

Página de la Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad.

<http://dgplades.salud.gob.mx/2006/htdocs/hg/Nuevas/hmc7.pdf>

Página del Instituto Mexicano del Seguro Social.

<http://www.imss.gob.mx/dpm/dties/Indice.aspx?Srv=M00-1&OPC=opc04>

Página web 500 años de México en documentos. <http://www.biblioteca.tv>

Página web del Ítesm. <http://uninet.mty.itesm.mx/legis-demo/progs/pnd.htm#T4-C5-S2>

Página oficial del Gobierno Federal con los Informes Presidenciales del Lic. Felipe

Calderón Hinojosa

<http://www.informe.gob.mx/informe/?contenido=14>

Página de la Cámara Mexicana de la Industria de la Construcción.

<http://www.cmic.org/cmhc/eFinanciamiento/proyserv.htm>

Página de la Organización Mundial de la Salud, Estadísticas Sanitarias Mundiales. 2009,
www.who.int/es/

Página del Instituto Mexicano del Seguro Social. Tabla de población derechohabiente
imss.
http://www.imss.gob.mx/dpm/dties/Tabla.aspx?ID=SCRS04_0020_01&OPC=opc04&SRV=M00-1

Página oficial de la Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Información en salud.
http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/infra_numeralia_rf.xls

Página de la Universidad Autónoma del Estado de México, red de revistas científicas de
América Latina y el Caribe, España y Portugal,
redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10650503.pdf -Salud Pública de México.
Volumen 40. Número 5. Septiembre Octubre 1998

Página oficial de la Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Información en salud.
http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/infra_numeralia_rf.xls

Página Oficial del Instituto Mexicano del Seguro Social, Informe Financiero y Actuarial
IMSS 2007. <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/F8B80DD3-6819-4C29-85D0-7CE794F85B83/0/IFA31dic2007.pdf>

Página oficial de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
http://www.apartados.hacienda.gob.mx/marco_juridico/documentos/marco_juridico_global/leyes_10072008/pef_2009.p

III. Legislación

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Página de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. Leyes Federales.
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

Convenios y Recomendaciones Internacionales. 1919-1984. Organización Internacional del Trabajo. Ginebra. Oficina Internacional del Trabajo. Primera edición 1985

Ley de Asistencia Social, Página de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. Leyes Federales. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

Ley Federal de las Entidades Paraestatales, Página de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. Leyes Federales.
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

Ley Federal de Procedimiento Administrativo, Página de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. Leyes Federales.
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

Ley General de Salud, Página de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. Leyes Federales. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

Ley General de Desarrollo Social, Página de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. Leyes Federales. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, Página de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. Leyes Federales.
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

Ley del Seguro Social, Página de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión.
Leyes Federales. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de
atención médica publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de
1986. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmptsam.html> [http](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmptsam.html)

Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. Agenda
de Seguridad Social. Ediciones Fiscales ISEF. México 2008

Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México.
Hacia un sistema universal de salud. Secretaría de Salud. Primera edición 2001.
México

Página web del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD-México.
<http://www.undp.org.mx/desarrollohumano>

Página web del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD-México.
<http://www.undp.org.mx/desarrollohumano> Página web del Programa de Naciones
Unidas para el Desarrollo. PNUD-México.
<http://www.undp.org.mx/desarrollohumano> Página web del Programa de Naciones
Unidas para el Desarrollo. PNUD-México.
<http://www.undp.org.mx/desarrollohumano> Programa Nacional de Salud 2007-
2012, portal.salud.gob.mx/.../programa_nacional/programa_07.html