

222

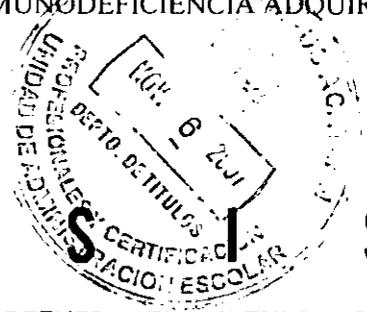
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES "ACATLAN"

2011/11/24

ANALISIS JURIDICO DEL SEGURO DE ENFERMEDADES PREVISTO EN LA LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, ANTE EL CASO DEL TRABAJADOR CON SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.



T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN DERECHO PRESENTA: FLORENCIA VICTORIA MARTINEZ MORAN

ASESOR: LIC. ALFREDO VALDEZ ESTEVEZ.



ACATLAN, EDO. DE MEX., NOVIEMBRE DE 2001.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“La ley nunca será capaz de captar a la vez lo que es mejor y más justo para todos, de forma que dicte las prescripciones más útiles. Pues la diversidad que hay entre los nombres y los actos y el hecho de que ninguna cosa humana se encuentra por así decirlo, nunca en reposo, no deja lugar, en ningún arte y en ninguna materia, a una norma absoluta que valga para todos los casos y para todos los tiempos.”

Platón

El Político

“Queremos llegar a ser lo que somos, seres humanos nuevos, únicos, incomparables que se dan a sí mismos leyes, que se crean a sí mismos.”

Federico Nietzsche

La Gaya Ciencia

A mi madre, quién con sus palabras me enseñó a tener un espíritu fuerte, a dar amor y perdonar, y sobre todo a llevar mi vida con rectitud, respetando a todos y cada uno de los seres que habitan mi entorno, para lograr la armonía y la paz necesaria para vivir y desarrollarme.

A mi padre por que he aprendido de él, que aún ante las adversidades hay que seguir adelante.

A los profesores

Gracias por haberme apoyado e inculcado sus conocimientos. Con mi más profundo agradecimiento para el Lic. Alfredo Valdés Estevez por haberme otorgado parte de su valioso tiempo en la realización y conclusión de la presente tesis.

ANÁLISIS JURIDICO DEL SEGURO DE ENFERMEDADES PREVISTO EN LA LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, ANTE EL CASO DEL TRABAJADOR CON SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

INDICE

PRÓLOGO.....	6
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPITULO I.	
1. CONCEPTOS GENERALES DEL DERECHO Y LA SEGURIDAD SOCIAL.....	12
1.1. DERECHO SOCIAL.....	15
1.1.1. CONCEPTO.....	15
1.1.2. OBJETO Y NATURALEZA JURÍDICA.....	16
1.2. SEGURIDAD SOCIAL.....	19
1.2.1. CONCEPTO Y OBJETO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....	19
1.2.2. DERECHO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....	22
1.3. SEGURIDAD SOCIAL Y SEGURO SOCIAL.....	23
1.4. SEGURIDAD SOCIAL Y EL SEGURO DE ENFERMEDADES.....	24

CAPITULO II.

2. ANTECEDENTES LEGALES QUE PROTEGEN LA SALUD.....	27
2.1. CONSTITUCIÓN.....	29
2.2. LEY GENERAL DE SALUD.....	35
2.3. LEY FEDERAL DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO.....	41
2.4. LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.....	47
2.5. CONVENIOS INTERNACIONALES.....	65
2.6. DERECHO COMPARADO.....	71
2.6.1. EN AMERICA.....	71
2.6.2. EN EUROPA.....	74

CAPITULO III.

3. EL SEGURO DE ENFERMEDADES Y SUS PRESTACIONES DE ACUERDO A LA REGULACIÓN LEGAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.....	75
3.1. SEGURO DE ENFERMEDADES PREVISTO EN LA LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.....	76
3.1.1. CONCEPTO DEL SEGURO DE ENFERMEDADES....	79
3.1.2. SUJETOS DEL DERECHO AL SEGURO DE ENFERMEDADES.....	80
3.1.2.1. ASEGURADOS O TRABAJADORES.....	81
3.1.2.2. PENSIONISTAS.....	84
3.1.2.3. BENEFICIARIOS.....	85
3.1.3. PRESTACIONES DERIVADAS DEL SEGURO DE ENFERMEDADES.....	93
3.1.3.1. CONCEPTO Y OBJETIVO DE LAS PRESTACIONES.....	93

3.1.3.2. CLASIFICACIÓN DE LAS PRESTACIONES.....	94
--	-----------

3.1.3.2.1. PRESTACIONES EN ESPECIE.....	96
--	-----------

3.1.3.2.2. PRESTACIONES EN DINERO.....	99
---	-----------

3.2. SEGURO DE ENFERMEDADES Y REGLAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS DEL ISSSTE.....	112
--	------------

CAPITULO IV.

4. ANÁLISIS JURÍDICO DEL SEGURO DE ENFERMEDADES PREVISTO EN LA LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, ANTE EL CASO DEL TRABAJADOR CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.....	116
--	------------

4.1 ANTECEDENTES Y DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

4.1.1. ANTECEDENTES.....	117
---------------------------------	------------

4.1.2. DESCRIPCIÓN.....	118
--------------------------------	------------

4.1.3. PROCESO DE DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.	124
---	------------

4.1.3.1.	EL	PACIENTE	CERO	POSITIVO.	124
.....					
4.1.3.2.	EL	PACIENTE	TERMINAL.		126
.....					
4.2	ANÁLISIS JURÍDICO DEL SEGURO DE ENFERMEDADES REGULADO EN EL ARTÍCULO 23 FRACCIONES I Y II DE LA LEY DEL ISSSTE.....				134
4.3.	PROPUESTA DE ADICIÓN DE UNA FRACCIÓN III AL TEXTO DEL ARTÍCULO 23 DE LA LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.....				141
CONCLUSIONES.....					143
BIBLIOGRAFÍA.....					149

PRÓLOGO

El presente trabajo de tesis tiene entre otras finalidades: La pretensión de obtener mi título de licenciatura en derecho, al ser vital y trascendente en mi vida e inicio de la carrera profesional de derecho; así como aportar mi pequeño granito de arena en la obtención de una mejor prestación de los servicios de salud, que otorga el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, a través de la regulación del seguro de enfermedades, en el caso de los trabajadores que padezcan la enfermedad del VIH/SIDA.

La elección del presente tema atiende a la inquietud que surgió de la lectura a distintas notas informativas en las que se hablaba de problemas que tenían los trabajadores que padecían esa enfermedad, como lo son: La estigmatización y discriminación, aunado a ello, el que las personas infectadas se encuentran en la plenitud de su juventud y por ende, sea la población económicamente activa de la sociedad que se ve amenazada, lo cual implica que las familias que tengan a un miembro de ellas infectado se vean empobrecidas e incluso dejen huérfanos a niños; de igual modo se debilita la mano de obra laboral, finalizando con la estabilidad económica, tanto del núcleo familiar como social, e incluso puede llegar a ser hasta nacional, como es el caso de África, en cuyo país una de las principales causas de mortalidad es el Sida.

De ahí que el impacto que provocó en mí, me llevara reflexionar respecto a qué pasaba con los trabajadores enfermos de Sida asegurados por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, observando que esas personas se encontraban en el desamparo y sin la base legal que asegurara el tratamiento médico de su padecimiento, ya que la disponibilidad de la atención médica está sujeta a requisitos que no son acordes con la propia patología de la enfermedad, y por ende no son posibles de cumplir por el paciente, así como, están limitados los servicios en razón a los escasos recursos financieros con los que cuentan las Instituciones de salud; por lo que, me motivó a realizar esta investigación, pretendiendo conocer, cuál era la situación real de dichos pacientes, sobre todo cuando la inquietud surgió en el momento en que me encontraba laborando en dicho organismo descentralizado, al cual tengo especial aprecio, al haberme dado tanto, pues me permitió aplicar los conocimientos que obtuve como estudiante de la carrera de derecho y desarrollarme como profesionista.

No obstante, el organismo descentralizado, debe fijarse nuevas metas de prevención, a efecto de detener el avance de la infección por VIH, así como, aquellas que aseguren la calidad de la atención médica a los trabajadores infectados por el VIH/SIDA y demás derechohabientes; así como establecer una adecuada distribución financiera; lo cual es necesario, toda vez que falta mucho para erradicar con el virus, prueba de ello, lo es el último informe que diera el Secretario General de las Naciones Unidas, Sr. Kofi Annan, el 20 de febrero del 2001, en el que declaró que la epidemia del VIH/SIDA *"es el mayor obstáculo para el desarrollo al que nos enfrentamos en nuestro tiempo"*, pues se tiene conocimiento que para fines del año 2000, en todo el mundo había 36.1 millones de varones, mujeres y niños viviendo con el VIH o con SIDA, y otros 21.8 millones habían fallecido ya por la enfermedad; de igual forma se estima que se produjeron unos 5.3 millones de nuevas infecciones y 3 millones de defunciones, siendo dicha cifra anual de fallecimientos por SIDA muy elevada; asimismo, se indicó que en América Latina, se estima que durante el año 2000 contrajeron la infección 150,000 adultos y niños, lo que implica una cifra total de 1.4 millones de personas infectadas.

De ahí que al faltar mucho para erradicar esa enfermedad, no queda más que apoyar a estos enfermos a través del aseguramiento de sus derechos; por lo que, con este trabajo se propone una adición a la norma que regule el seguro de enfermedades que otorga el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, a fin de reducir las desigualdades, garantizando un trato adecuado a los trabajadores con sida que requieren de la atención médica y por ende, se les otorgue protección financiera en materia de salud.

Las razones precisadas motivaron mi interés para tomar este tema por tesis y desarrollarlo; por lo que debo y tengo la necesidad de agradecer a mi asesor, Lic. Alfredo Valdés Estevez haber aceptado dirigirme en este trabajo y la paciencia que tuvo, pues aún cuando hubo situaciones que me desalentaban como la huelga de nuestra máxima casa de estudios y otras que absorbían mi tiempo como lo fue el cambio de trabajo a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, siempre me brindó una palabra de aliento para que no declinará en mi afán de concluir y cumplir esta meta. Gracias por todo el apoyo brindado.

Ahora, por fin he llegado a la conclusión de una meta que en algún momento me pareció lejana, sin embargo, aquí está el resultado de varias noches de desvelo y esfuerzo, que han valido la pena para poder apreciar lo que implica concluir una carrera profesional y la responsabilidad que de ello se deriva, pues trasciende a toda nuestra vida, al estar presente en cada momento, convirtiéndose en parte de nuestra personalidad, mirando la vida a través del Derecho, por lo que solo me resta dar las gracias a todos y cada uno de mis profesores que me permitieron conocer y respetar el Derecho, así como a los abogados que he conocido en mi práctica profesional, que con su ejemplo me han enseñado a tomarle cariño y dedicación a esta profesión.

INTRODUCCIÓN

Esta tesis trata de los aspectos médicos de la enfermedad del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida), actualmente estudiada como una infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), así como su situación jurídica bajo el marco legal del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, derivado de la presentación de los servicios médicos previstos por el seguro de enfermedades establecido en el artículo 23 de la Ley del propio organismo descentralizado en mención; y el cual se ha escogido como tema de estudio, debido a la magnitud de las implicaciones sociales de esta pandemia, así como, la dimensión ética y jurídica que reviste el tema, no solo por ser motivo de controversia pública, sino por ser un factor decisivo en el diseño y desempeño de las políticas de salud, así como, un derecho fundamental del hombre, el cual a través de los tiempos ha sido observado y defendido por la seguridad social, la cual se ha constituido como una rama del Derecho del Trabajo.

En esos términos, se aborda cada uno de los capítulos de esta tesis, esto es, al amparo de los derechos fundamentales, según los cuales observan que todos y cada uno de los miembros de la sociedad, en el devenir de su desarrollo, respeten la dignidad de la persona humana, siendo un estandarte y vigía, la Ley, como regulador de los derechos y obligaciones entre los individuos, es por ello que en el caso en estudio, la ley debe observar los derechos tanto de aquellos que no padecen la enfermedad como de los que por desgracia la tienen, pues es plenamente conocido que la infección por VIH o la sospecha de esta conduce a la estigmatización y la discriminación, bajo la forma de pérdida de empleo, de la vivienda, o la separación forzosa de la familia, es decir, los enfermos se ven evitados de todo contacto con la sociedad, y limitados en los servicios de salud, lo cual indudablemente perjudica al individuo y por ende a la comunidad; en consecuencia, la no propagación de este mal dependerá, de la protección de los derechos y la dignidad de las personas infectadas con el virus del VIH.

Es por ello que se ha estructurado este documento de acuerdo al orden jerárquico de las leyes, tomando como punto de partida la garantía del derecho a la salud previsto en nuestra Constitución, hasta llegar al análisis del marco legal que regula la prestación del seguro de enfermedades, otorgado por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

En el primer capítulo, se hace un breve señalamiento de lo que es el Derecho, la existencia de la seguridad social como disciplina y luego como Derecho de la Seguridad Social, debido a la importancia que tienen las normas como sustento del Estado y del propio desarrollo de cualquier sociedad, ya que regulan los derechos de los individuos, atendiendo a principios fundamentales de la ética social, y en especial a valores como, la justicia, los cuales nos ayudan a atender las necesidades actuales de la sociedad y la convivencia de los individuos que la integran; así como, salvaguardar sus derechos.

El segundo capítulo, trata de aspectos relacionados con los antecedentes legales que protegen el derecho a la Salud, desde el punto de vista legal, para concluir con el derecho comparado al margen constitucional de los países que se citan en dicho capítulo; es por ello que se inicia con los antecedentes legales que se tienen en nuestro país acerca de la regulación jurídica en materia de salud, iniciando con el Decreto Constitucional promulgado en Apatzingán el 22 de octubre de 1814 hasta nuestra actual Constitución promulgada en 1917; seguidamente se analiza la Ley General de Salud, reglamentaria del artículo 4° de la Constitución, la cual define las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como la concurrencia entre la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general; de igual forma se menciona cuáles son los preceptos legales que en materia de salud prevé la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado; posteriormente los antecedentes legislativos y modificaciones que ha sufrido la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en relación con los servicios de salud, hasta llegar a la regulación del seguro de enfermedades; en cuyo punto se hace mención a la estructura de dicho organismo descentralizado en estudio; por último, se indican algunos convenios internacionales referentes al tema y se señalan preceptos de otras Constituciones de países de América Latina y Europa, en comparación con nuestro derecho a la salud previsto por nuestro máximo ordenamiento legal.

La tercera parte hace una introducción al seguro de enfermedades regulado por los ordenamientos legales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, lo que nos lleva a la comprensión de cuál es la situación en que se otorga tal seguro a los trabajadores del Instituto, de ahí que se inicie con el concepto del seguro de enfermedades, cuáles son los sujetos y prestaciones que el se derivan.

El cuarto y último capítulo de la tesis, ha sido destinado a plantear y desarrollar nuestra hipótesis, consistente en la necesidad urgente de legislar en forma específica sobre los servicios médicos que se otorgan en razón del seguro de enfermedades previsto en la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en el caso específico de los trabajadores enfermos de SIDA; por lo que se inicia por definir, qué es la enfermedad, el estado del paciente desde el contagio del virus hasta la fase terminal; el tipo de tratamiento que se les otorga, para así determinar si la regulación actual salvaguarda los derechos y las necesidades en materia de servicios de salud, considerando los principios de equidad y justicia que prevalecen en la ley, toda vez que se debe ofrecer un orden jurídico adecuado a los requerimientos de la sociedad, y evolucionar conforme a los cambios que esa organización vive; puesto que si el virus del VIH se modifica para asegurar su subsistencia; con mayor razón pueden hacerlo las instituciones de cometido social, intentando nuevos enfoques jurídicos que propongan respuestas y soluciones para enfrentar el desafío que representa esta pandemia.

CAPITULO I

CONCEPTOS GENERALES DEL DERECHO SOCIAL Y LA SEGURIDAD SOCIAL.

CAPITULO I

1. CONCEPTOS GENERALES

1.1 DERECHO SOCIAL.

El presente capítulo hace un señalamiento de los conceptos que conforman la disciplina del derecho que aboca nuestro trabajo, partiendo de la definición de lo que es derecho, al considerarse imprescindible su indicación como antecedente para el estudio que se elabora.

En razón de que el Derecho constituye un conjunto de normas jurídicas que regulan la conducta de los individuos, a fin de mantener la armonía en la colectividad y el desarrollo como sociedad en sus distintos ámbitos; dando existencia al Estado, como garante de los intereses de esa colectividad, el cual se sustenta en un orden jurídico-político estructurado a través de los órganos que crea y que manifiestan el desempeño de sus funciones inherentes.

En ese entendido, el Estado a través de la creación de las normas va a garantizar la vida y el desarrollo del individuo frente a sus semejantes, y surge la posibilidad de que, el más desfavorecido de la sociedad tenga la facultad (derecho subjetivo) de exigir para sí, la procuración de alimentación, de indumentaria, de habitación, de atención médica; así como de cualquier otra prerrogativa que implique su bienestar personal; misma que al aglutinarse con las de todos los individuos de la sociedad, se convierten en un solo fin, que no es más que el bien común.

Entendiendo al bien común, como aquel que otorga la felicidad general a toda una colectividad basada en el bienestar espiritual, físico, social y económico que les otorga.

Bajo esa consideración, comenzaremos por definir la palabra Derecho desde el punto de vista etimológico, la cual deriva del vocablo "directum", que en su sentido figurado significa "lo que esta conforme a la regla, a la ley, a la norma". (1)

Aunado a lo anterior, desde el punto de vista jurídico, el "Derecho constituye un sistema racional de normas sociales de conducta, declaradas obligatorias por la autoridad, por considerarlas soluciones justas a los problemas surgidos de la realidad histórica. (2)

(1). VILLORO TORANZO, MIGUEL. Introducción al Estudio del Derecho. Porrúa, S.A., México 1987, p.4.

(2) Idem. p.127.

De acuerdo al concepto anterior podemos decir que el Derecho, es el conjunto de normas impero-atributivas que conceden facultades y obligaciones que permiten a los individuos relacionarse en igualdad, asegurando la aplicación de la justicia.

En atención a lo anterior, es claro que el Derecho a través de los tiempos ha buscado brindar protección al individuo asegurando a éste que se vinculará en una organización social justa, para lo cual ofrece un orden jurídico adecuado a sus necesidades, las cuales evolucionan conforme los cambios que esa organización vive.

De ahí que encontramos que el Derecho para brindar tal protección, se ha dividido de acuerdo a las conductas específicas que regulan sus normas, surgiendo así principalmente el Derecho Privado y el Derecho Público, teniendo el primero, normas que regulan las relaciones entre los particulares y el segundo, la regulación de relaciones de subordinación entre el Estado y los particulares.

Sin embargo, aún cuando dichas normas se deben establecer en atención a la justicia se le ha dado mayor relevancia a la creación e incluso aplicación de las normas tendientes a defender los intereses de un determinado sector de la sociedad, siendo este aquel que tiene el mayor poder económico, dejando a un lado, a la clase más desprotegida y la atención de la protección de los bienes inalienables, imprescriptibles e irrenunciables del hombre y de mayor relevancia, por ser los que salvaguardan la vida humana, es decir, aquellos que contemplan a la justicia social.

En razón, de que la justicia social tiene como principal objetivo la búsqueda del bien común de toda la colectividad, en especial de los económicamente más débiles, la cual al concretizar ese fin en la norma, se ocupará de atender las necesidades, carencias y requerimientos instalados en la esfera desigual de las relaciones sociales, dando así nacimiento al Derecho Social, el cual busca crear igualdad, desde el punto de vista material o sustancial, como régimen jurídico, anulando la desigualdad a través de él.

1.1.1. CONCEPTO.

El concepto de Derecho Social, que da el jurista Mario de la Cueva nos dice que es “el que se propone entregar la tierra a quien la trabaja y asegurar a los hombres que vierten su energía de trabajo a la economía, la salud, la vida y un ingreso en el presente y en el futuro, que haga posible un vivir conforme con la naturaleza, la libertad y la dignidad humana.”(3)

El anterior concepto solamente se refiere a dos de las instituciones que integran el Derecho Social, siendo éstas el Derecho Agrario y Derecho del Trabajo, así como sólo estipula derechos subjetivos para aquellos individuos que desempeñan una labor; olvidando que el Derecho Social va más allá, pues no tan sólo busca asegurar el bienestar de aquellos que trabajan, sino de todos los individuos desprotegidos de la sociedad, incluyendo aquellos que ni siquiera cuentan con un empleo u ocupación para sustentar sus necesidades primarias de vida.

Sobre todo, cuando el Derecho Social, comprende la justicia social, la cual es aplicable a todos y cada uno de los individuos de la sociedad, por lo que evidentemente no pretende establecer distinciones o condicionantes para recibir el beneficio de dicha justicia. Por ende, consideramos que no es factible pretender definir en esos términos el Derecho Social, cuyo contenido es más amplio, pues busca la creación de normas que aseguren la aplicación de la justicia en todos los individuos más desfavorecidos de la sociedad.

Es por ello que, consideramos que el concepto que da el Licenciado Gregorio Sánchez León, del Derecho Social, se acerca más a los objetivos esenciales de este, pues el jurista menciona, que: “esta integrado por las normas jurídicas especiales de orden público, destinadas a la protección del hombre colectivo, común o general, en la satisfacción de ciertas necesidades laborales, familiares, habitacionales, económicas, educativas, procesales, agrarias y de salud, así como en las demás en que requiere de salvaguardia, por encontrarse sujeto a vínculos sociales frente a individuos, grupos, entidades o clases con posición de poder, para lograr la nivelación o equilibrio de sus desigualdades a fin de que alcance su plena realización y se logre el bien común.”(4)

(3). DE LA CUEVA MARIO. El Nuevo Derecho Mexicano del Trabajo. Tomo I, Octava Edición, Porrúa, S.A. México, 1982, pág.85.

(4). SANCHEZ LEON, GREGORIO. Derecho Mexicano de la Seguridad Social. Cárdenas Editor y Distribuidos. México, 1987, pág. 3.

Nuestro apego se debe a que consideramos que el Derecho Social ve al hombre como parte integrante de la colectividad, por lo que reconoce la existencia de un vínculo entre el individuo y la sociedad de que es parte, surgiendo así el derecho de éste para exigir de tal colectividad o sociedad, el ser visto con dignidad e igualdad por aquél más poderoso a él; de ahí que el Derecho Social, busque la protección del más débil, a fin de establecer un orden jurídico que sea socialmente justo, abatiendo las desigualdades e inequidades.

Por ende, podemos concluir que el Derecho Social, constituye el conjunto de normas impero-atributivas, encaminadas a establecer lineamientos de conducta que garanticen la vida y el desarrollo personal y económico de los más débiles, las cuales materializarán la justicia social, llevando beneficios a la colectividad, a fin de mantener la armonía y el equilibrio de igualdad que debe existir en una sociedad.

Es importante agregar que los derechos sociales no pueden ser concebidos sin la presencia del Estado, esto es, de una forma de organización política, ya que la protección de los derechos implica una estructura estatal, en la cual se organizan los servicios y prestaciones públicas conocidas sólo por el Estado, y el cual brindará esa protección mediante una regulación legal, la cual puede hacer ejercitables o limitar esos derechos, pues no debe pasarse por alto que al tratarse de derechos fundamentales, estos no vienen a ser creados, sino tan sólo protegidos.

1.1.2 OBJETO Y NATURALEZA JURIDICA.

Una vez delimitado el concepto del Derecho Social, podemos concluir que este tiene por objeto, proporcionar protección y seguridad jurídica al individuo más débil de la sociedad, con independencia de las variantes que lo califican como tal, para lo cual busca abatir las desigualdades que existen entre los individuos que conforman dicha sociedad, a través de un orden jurídico apegado a la justicia social.

En ese sentido, el profesor Luño Peña señala que el Derecho Social “es un derecho que tiene por objeto la realización de ciertos aspectos de la política social, y que está integrado por un conjunto de normas y leyes con el fin de proteger a los económicamente débiles”. (5)

(5). BAEZ MARTINEZ, ROBERTO, Derecho de la Seguridad Social, p.18.

Ahora bien, para determinar la naturaleza jurídica del Derecho Social es preciso hacer la siguiente delimitación, la naturaleza es la esencia y propiedad característica de cada ser y lo jurídico, es lo relativo al derecho.

De ahí que para nosotros la naturaleza jurídica del derecho social, sea la esencia y propiedades características del conjunto de normas que regulan la protección y reivindicación de todos los individuos económicamente débiles de la sociedad.

En ese entendido, tenemos que dicha naturaleza jurídica únicamente se derivará de los orígenes de la regulación del derecho social, es decir, a partir de que quedó escrito y reconocido como tal, ya que si consideramos simple y llanamente la naturaleza de éste, su origen sería desde que el hombre existe, pues como se indicó en el punto anterior, el Derecho no viene a crear los derechos fundamentales sino únicamente a brindarles protección.

No obstante, es importante manifestar que a los derechos sociales, algunos autores les han dado una naturaleza prestacional, al considerar que tal derecho se satisface cuando se requiere del sujeto obligado una acción positiva de dar o hacer, es decir, en una prestación de un bien o servicio; sin embargo, si bien es cierto, que tal situación se presenta en algunos derechos como lo serían los de la salud, educación, vivienda, pensiones, subsidios, etc., también lo es, que hay algunos que no constituyen puramente una prestación, como lo serían los derechos de huelga y libertad sindical de los trabajadores, pues estos constituyen una prerrogativa ganada por la clase trabajadora, de ahí que consideremos que dicha característica no puede definir en su totalidad al Derecho Social, el cual debe ser abarcado desde un punto de vista genérico que lo integre en su totalidad, es por ello que nos apegamos más a la naturaleza antes precisada.

Por tanto, atendiendo a la naturaleza simple y llana del Derecho Social, la cual se deriva del proceso evolutivo que a tenido el hombre, del reconocimiento de sus derechos inalienables, como lo son, los derechos de libertad, de igualdad y de seguridad jurídica, podemos señalar que estos se derivaron del Derecho del Trabajo, dada la lucha de la clase trabajadora para la protección de sus intereses, surgiendo el concepto de interés colectivo, que no es más que la unificación de una pluralidad de personas para obtener un bien común; por lo que el interés colectivo, pasó a ser el "estandarte" del Derecho Social.

Por ende, podemos concluir que en el proceso de defensa de los intereses de la colectividad trabajadora, se observaron que existían otras necesidades comunes a esa colectividad que debían ser satisfechas, las cuales no se referían tan sólo a los intereses laborales, por lo que se fue conformando el Derecho Social, el cual se encargaría de asegurar el bienestar de todas las clases desprotegidas y oprimidas por otros grupos sociales o clases que se apoyaban incluso en el propio Estado.

En ese entendido, podemos señalar que la naturaleza del Derecho Social en nuestro país se originó con los hechos históricos de la Independencia de 1810 y de la Revolución de 1917, los cuales dieron las bases para establecer un orden jurídico de gran contenido, y de los cuales hablaremos en el capítulo siguiente; ahora bien, es importante hacer notar que a través de dichos movimientos armados, se buscó mejorar las condiciones de vida de las clases, por otros grupos sociales, que tenían el poder económico, social y político en esas épocas.

Por tanto, resultó el Derecho Social que se derivó de los ideales de dichos movimientos, en especial de la Revolución, puesto que se impuso a la sociedad un nuevo régimen de ordenación social, el cual daría prioridad a los intereses de la comunidad sobre los intereses particulares, en satisfacción y cumplimiento eficaz de los derechos inalienables e individuales del hombre, como lo son: La libertad, la igualdad y la seguridad jurídica; surgiendo así el Derecho Social, el cual se ramifica en: Derecho Económico, Derecho del Trabajo y Derecho de la Seguridad Social, cuya última rama será tratada posteriormente.

Del Derecho Social podemos señalar, que es el conjunto de normas que establece pautas de conducta bilaterales, que serán consideradas obligatorias y por ende aplicables mediante la acción coactiva de los órganos del Estado, al constituir el derecho vigente, las cuales tendrán por finalidad la protección de los derechos fundamentales del hombre.

Ahora bien, antes de entrar al estudio del Derecho de la Seguridad Social, que es el punto medular de nuestro estudio, es importante definir lo que se entiende por seguridad social, ya que esta es regulada por el Derecho, que constituye un conjunto de normas que tienen por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, a la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual derivado en colectivo.(6)

(6). TRUEBA URBINA, ALBERTO. La nueva legislación de Seguridad Social en México. UNAM, México, 1977, pág.18-20.

1.2. SEGURIDAD SOCIAL.

La seguridad social nació como respuesta a la humanidad, de que podía contar con los medios necesarios para afrontar los riesgos y contingencias que pudieran presentársele en el transcurso de su vida; por lo que el objetivo principal de la seguridad social, es dar al individuo y su familia la certeza de que su calidad de vida no se verá afectada a consecuencia de una contingencia, como lo puede ser: un accidente, una enfermedad o la invalidez entre otras.

Tales contingencias hacen vulnerable al individuo en su medio, ya que al pertenecer a la clase económicamente más débil, éste no tiene recursos o bien tan sólo cuenta con los satisfactores que le puede proporcionar su trabajo, por lo que al aparecer una contingencia se ve impedido para asegurarse su subsistencia.

Ante la posibilidad de que cualquier individuo de esa clase o grupo social quedara en el desamparo total e incluso en la indigencia, surgieron los primeros antecedentes de la seguridad social, a los que corresponden las obras de caridad basadas en la ideología cristiana, en forma más organizada la beneficencia pública, luego el cooperativismo y el mutualismo, la contratación de seguros, para llegar por último a la seguridad social, que el Estado actualmente proporciona a través de los órganos que éste ha creado para ello.

En ese sentido, podemos concluir que a través del tiempo, el ser humano vio surgir la caridad, la beneficencia, la asistencia, la previsión social del trabajo y los seguros sociales antes de contar con la seguridad social, como una institución que asumiera todos y cada uno de los objetivos de dichas disciplinas, para quedar en una sola que abarcara a todas ellas, la Seguridad Social, como un sistema que vino a sentar las bases para estructurarlas, con un objetivo común, brindar protección a todos los sectores sociales sin distinción alguna, para preservar los valores espirituales y los materiales, que ayuden al desarrollo intelectual, moral y físico del individuo.

1.2.1. CONCEPTO Y OBJETIVO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

Antes de cualquier concepto que se pudiese dar acerca de la seguridad social es importante manifestar que de acuerdo al término simple y llano de las palabras que la nombran, dicha disciplina se encarga de atender el carácter social del individuo y de la seguridad, cuya última palabra no es más que la causa del agrupamiento del hombre, pues a través de los tiempos éste ha buscado su

sobrevivencia y luego su desarrollo en el medio en que habita; para lo cual ha necesitado sentirse protegido, por lo que requiere saber que está garantizada su supervivencia, que se consolida a través de su integración al grupo.

Ahora bien, la seguridad social es considerada como un sistema de garantías contra contingencias de la vida humana, desde antes del nacimiento hasta la muerte, con vista al bien común, contingencias sobre las cuales la colectividad admite responsabilidad.(7)

Del anterior concepto podemos determinar que se tiene a la seguridad social como un conjunto de medios materiales, económicos, culturales y jurídicos, de los cuales podrá hacer uso el individuo para solventar una contingencia, en forma pacífica y respetuosa, debido a la afectación o compromiso que admite la colectividad ante el individuo.

De acuerdo a lo anterior, resulta que dicho concepto nos permite comprender lo que es en esencia la Seguridad Social, a través del establecimiento de las contingencias que atenderá y la forma de solventarlas, en ese sentido también podemos considerar el concepto del jurista Rafael Tena Suck, el cual señala que es el "conjunto de normas e instituciones que tienen por objeto garantizar y asegurar el bienestar individual y colectivo." (8)

En la Declaración Universal de los Derechos del Hombre de 1948 se plasma el concepto de Seguridad Social, en los artículos 22 y 25 los cuales señalan lo siguiente:

"Artículo 22. "Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social y a obtenerla, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los derechos económicos, sociales y culturales indispensables de su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad".

(7). RAMOS ALVAREZ, OSCAR GABRIEL. Trabajo Social y Seguridad Social.pág.133

(8). TENA SUCK, RAFAEL Y MORALES HUGO ITALO. Derecho de la Seguridad Social. Pac. México, Pág. 19

Artículo 25. "Todos los individuos tienen derecho a un nivel de vida adecuado que les garantice y asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo, derecho a los seguros en caso de pérdida de los medios de subsistencia; por circunstancias independientes a su voluntad. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencias especiales, todos los niños nacidos en matrimonio y fuera del matrimonio tienen derecho a igual protección social."(9)

Las definiciones citadas hablan de la búsqueda de una sociedad justa, que asegure al individuo una existencia que corresponda a la dignidad de la persona humana, por lo que consideramos que, es el concepto que define al sistema de seguridad social.

La seguridad social tiene por objetivo proteger a los individuos, ante cualquier tipo de adversidad, brindándole auxilio y los medios para lograr superarla, cuya protección se brinda sin distinción alguna a todos los individuos, sin que sea necesario pertenecer a un grupo determinado para ofrecerla, ya que el único requisito para otorgarse, es tener necesidad.

Sobre el particular el profesor Báez Martínez considera que los beneficios que otorga la Seguridad Social deben extenderse no tan solo a determinada clase de trabajadores, pues de acuerdo a sus principios teóricos esta debe ser para todos los prestadores de servicios en la industria, en el comercio o en cualquier actividad.(10)

Para el jurista Netter el objetivo de la Seguridad Social, es prevenir las contingencias que acarrearán daños físicos y económicos a las personas, así como la reparación de las mismas y la cobertura de los gastos que estas generan.(11)

Por nuestra parte, podemos señalar que la Seguridad Social tiene por objetivo principal, el proporcionar al hombre "protección" y "mejoramiento", el primero de ellos en razón de eventualidades sufridas en su persona, las cuales podrá sobrellevar a través de los medios que le proporciona dicha Seguridad; y en el segundo, otorgarle los elementos necesarios para tener un nivel de vida mejor, al que todo individuo tiene derecho.

(9) Idem. p.15

(10) Lic. Baez Martínez Roberto, Derecho de la Seguridad Social. Pág.29

(11). NETTER F. La seguridad social y sus principios. Julio Arteaga (Colección Salud y Seguridad Social). Serie manuales básicos y estudios. 1982, p. 13.

1.2.2. DERECHO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

En razón, de que la seguridad social tiene como pretensión proporcionar y consolidar las prerrogativas fundamentales que todo hombre debe gozar a fin de conservar su vida y el desarrollo de su personalidad, mismas que al ser comunes a todos los individuos adquieren el carácter de generales y de aplicación obligatoria debido a su importancia.

De ahí que sea necesario que se regule por el Derecho, entendiendo a este como un conjunto de normas de vinculación bilateral, imperativas, obligatorias y colectivas, para dar la posibilidad de que el individuo, pueda exigir como una obligación a cargo del Estado, el respeto a dichas prerrogativas, lo cual se traduce en un derecho de garantía.

Surge así la necesidad de ubicar a la Seguridad Social como un derecho creado para atender específicamente la existencia de ésta y sus objetivos; esto es, un orden jurídico que tenga por única meta asegurar al hombre una vida digna y decorosa, teniendo por dicho hombre a aquél que dentro de la sociedad se encuentra en desigualdad con los demás, ya sea por carencias físicas o económicas; por lo que tal Derecho busca que, a través de él se logre la nivelación de las desigualdades existentes en la sociedad; surgiendo el Derecho Social, y derivado de éste, el Derecho de la Seguridad Social, encargado de elaborar normas de seguridad social.

El Derecho de la Seguridad Social, busca establecer normas que garanticen al humano la protección a su vida, a la conservación de su salud, a la asistencia médica, a la protección de los medios de subsistencia, a fin de que el hombre pueda solventar la enfermedad, la invalidez, la vejez y la muerte; para así liberarlos del peligro de caer en la indigencia.

Por lo tanto, podemos concluir que el Derecho de la Seguridad Social se entiende como el conjunto de normas que tienen por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, a la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual derivado en colectivo.

1.3. SEGURIDAD SOCIAL Y SEGURO SOCIAL.

La seguridad social a través de las normas legales ha establecido las bases para cumplir con sus objetivos, creando figuras jurídicas, como el seguro social y los servicios públicos sociales; en razón de que, los primeros protegen a los individuos respecto de los riesgos de trabajo, enfermedad y maternidad, invalidez, retiro y vejez, otorgando prestaciones de tipo económicas y en especie que son proporcionados por un organismo descentralizado, que se sustenta de las cuotas de origen bipartita, y a cuyo seguro se hará merecedor el individuo que se encuentre vinculado a otro, en virtud de la prestación de sus servicios, con motivo de su nombramiento o designación.

Ahora bien, los servicios públicos sociales se encargan de proporcionar seguridad social a todos los grupos de la población, es decir en forma general, los cuales comprenden entre otros la asistencia pública y la previsión social, que se otorgan al individuo bajo el requerimiento de necesidad y de forma igualitaria. Sin embargo, aún cuando dichos medios son importantes para el cumplimiento de los objetivos de la seguridad social, únicamente nos abocaremos al seguro social, ya que de este se deriva nuestro tema de estudio.

Cabe destacar que la palabra **seguro** la podemos definir como el hecho de estar libre o exenta de todo peligro, daño o riesgo. Así también, el derecho privado tiene al seguro, como una institución mercantil, mediante la cual las adversidades personales o particulares del individuo se transfieren al grupo de personas que integran el seguro, a fin de que el conjunto cubra las pérdidas individuales, cuya transferencia se dará a cambio de una contraprestación, consistente en el pago de una cuota o prima, de acuerdo al contrato de cobertura conocido como póliza y a las primas pagadas por el grupo de asegurados, lo cual constituye el fondo de reserva para cubrir dichas pérdidas.

De igual modo, es importante destacar que las ideas del mutualismo fueron recogidas por los seguros sociales, por lo que corresponde, a la coordinación de esfuerzos solidarios ante los infortunios; pues no debe pasarse por alto que el seguro de tipo social es distinto del seguro privado, encontrando como principal diferencia que el primero, se deriva del derecho público al ser un derecho fundamental, reconocido por la Constitución como garantía social, cuyo aseguramiento está regulado en forma obligatoria por la Ley, y el segundo deriva del derecho privado que nace de un contrato aleatorio y oneroso que se determina por la voluntad de las partes.

En ese sentido, podemos señalar que el seguro social constituye un sistema de prestaciones otorgadas en razón de los riesgos que cubren y a las cuotas que se pagan, mismas que son proporcionadas a los sujetos asegurados, con motivo de la relación contractual existente; y cuyos términos de las prestaciones se encuentran previstas en un ordenamiento jurídico que las regula y son otorgadas por una Institución Gubernamental.

Sobre dicho Seguro Social, el jurista Rafael Tena Suck considera, que es el instrumento de la seguridad social, obligatorio por el que se cubre una prima o cuota de carácter tripartita que se vera reflejada en la entrega al asegurado de una pensión o subsidio ante la presencia del riesgo que cubre dicho seguro.(12)

Así también, el jurista Nestor de Buen señala como características que definen al seguro social, que es cuantificado en razón del salario de los asegurados, cuya incorporación al mismo es obligatorio, derivado de una relación laboral como exigencia, con la generación de derechos individuales; cuyos riesgos son limitados en su cobertura, pues se basa en un sistema actuarial que le permite una previsión de las contingencias que ha de atender y una adecuada inversión de las reservas, calculadas de tal manera que se minimicen; y el cual no pretende fines asistenciales, ya que tan solo tendrán derecho quienes han hecho sus aportaciones como condición para obtener los beneficios que de él se derivan.(13)

Por lo que, consideramos que el seguro social, solamente se concreta a la previsión y reparación de los daños derivados de los riesgos específicos que cubre y respecto de los cuales debe dar solución a sus asegurados, solventando los mismos a través de las prestaciones ya establecidas para ello.

1.4. SEGURIDAD SOCIAL Y EL SEGURO DE ENFERMEDADES.

De las contingencias que pueden presentarse en la vida del ser humano, encontramos a la enfermedad, respecto de la cual la seguridad social pretende brindar protección y reparación de los daños derivados de tal contingencia, mediante el seguro de enfermedades.

(12). TENA SUCK, RAFAEL Y MORALES HUGO ITALO, Derecho de la Seguridad Social. Op cit. p. 13.

(13). NESTOR DE BUEN L. Seguridad Social. Editorial Porrúa, S.A., México, 1995 p.p.4-7.

La especial atención que da la seguridad social sobre tal contingencia, se deriva del hecho de que, una enfermedad está en contraposición a uno de los derechos inalienables del hombre, que es la salud, y por ende, es parte de los objetivos de esa disciplina, que es brindar protección al individuo de aquellos riesgos que pongan en peligro su vida e integridad; pues es ineludible que los individuos corren el riesgo de contraer una enfermedad, ya sea por un virus o bien se desencadene esta a consecuencia del desgaste que presente su organismo por la acción del tiempo, o todavía más, sufra un accidente que lesione su cuerpo en forma irreparable; lo que conlleva a que sea de interés social el control y el mejoramiento de la salud en general.

Otros de los motivos por los que, la seguridad social se ocupa de la enfermedad, se debe a que es un riesgo, que en la mayoría de las veces aparece en forma imprevista, sin que se esté preparado para solventar los gastos que se derivan de la asistencia médica, como lo son: El pagar honorarios médicos, servicio hospitalario, quirúrgico en su caso y medicamentos; de ahí que el individuo en los esfuerzos por cubrirlos quede descapitalizado o bien en la indigencia, al no contar con su salud para poder desempeñar un empleo que le genere un ingreso y así obtener los satisfactores necesarios para su sobrevivencia.

Así también, la ocupación de la enfermedad por parte de la seguridad social se debe al crecimiento desmedido de la población, de personas que se han quedado sin empleo, y por ende, al no ser sujetos de una relación laboral no cuentan con asistencia sanitaria, ni tampoco pueden pagar servicios médicos privados, por lo que ante la existencia de clases no privilegiadas económicamente, es claro que la seguridad social debe brindar protección a esas personas, solventando dicha problemática, pues es una cuestión de justicia social, la asistencia sanitaria para todas las personas de la población; sin embargo, en el caso a estudio únicamente nos concretaremos a analizar a la seguridad social, desde el punto de vista de la prestación de servicios a causa de un nombramiento o designación por parte del Estado con respecto de su trabajador.

En ese sentido, la seguridad social se auxilia de un sistema de seguros sociales que vienen a resolver un estado de necesidad sufrido por el trabajador y su familia a consecuencia de un riesgo, ya que para los demás individuos excluidos de este grupo, se encuentra la asistencia pública; puesto que, no debe olvidarse que una de las características del seguro social, en el caso a estudio, que es un sistema obligatorio contributivo, que tiene como causa el nombramiento o designación del Estado respecto de su trabajador, para que éste último tenga derecho a obtener las prestaciones que se derivan de tal seguro, siendo necesario haber cubierto las cuotas que marca la ley para su obtención.

Por tanto, la seguridad social en el caso del riesgo de enfermedad, pretende solventar problemas como el exceso de gastos de asistencia sanitaria necesarias hasta la recuperación de la salud del enfermo y la falta de obtención de las rentas derivadas del trabajo, que se ven disminuidas o nulificadas, ante la imposibilidad de laborar a causa de la enfermedad, por lo cual toma como medidas para solventar dicho riesgo, proporcionar servicios médicos y farmacéuticos, así como subsidios, los cuales son prestaciones económicas y en especie, que conforman tal seguro y que serán analizadas ampliamente en el capítulo tercero de este trabajo.

En ese orden de ideas, podemos concluir que la seguridad social ve cumplido su plan de protección al individuo, a través del seguro de enfermedades, el cual proporcionará atención médica, medicamentos y un subsidio, que solventará económicamente los gastos de su familia en el tiempo que este incapacitado el trabajador a causa de la enfermedad que padezca, sin tener que preocuparse, de que no cuenta con los medios económicos para cubrir los gastos de su enfermedad y las necesidades de su familia, que dependen únicamente de él, y este a su vez de su trabajo, como único medio económico para satisfacer sus necesidades de subsistencia.

Así se asegura un nivel de vida mejor para el trabajador y su familia, a través de las prestaciones otorgadas por dicho seguro de enfermedades, ya que este vendrá a remediar el estado de necesidad que exige la asistencia médica y farmacéutica a consecuencia de un padecimiento, el cual provoca una limitación o anulación para laborar, privando al individuo de los ingresos que constituyen el medio para obtener sus satisfactores, debido a los excesos en gastos que implican la atención de la enfermedad.

Por lo que, queda asegurado que el trabajador y su familia contarán con la protección necesaria para solventar el riesgo que implica una enfermedad, ya que tal seguro de enfermedades establecerá los medios para prevenir cualquier padecimiento, como para atenderlo hasta llegar a la salud del individuo.

CAPITULO II

ANTECEDENTES LEGALES QUE PROTEGEN LA SALUD.

CAPITULO II

2. ANTECEDENTES LEGALES QUE PROTEGEN LA SALUD

En relación con este capítulo comenzaremos por señalar que la salud, es una condición o estado físico y mental del ser humano, en el cual tiene toda su potencialidad y capacidad para desarrollar en forma libre y autónoma cualquier actividad que desee, ya que su bienestar es absoluto.

A dicho concepto pueden señalarse otros tantos con mayor complejidad de acuerdo al autor que se cite; sin embargo, es evidente que no se dejaría de compartir una idea fundamental, consistente en que la salud es lo más importante en el individuo, por ser una condición para su subsistencia.

En tal virtud, al constituir la salud una condicionante para la subsistencia del ser humano, es evidente que sus orígenes se dan desde la existencia del mismo; sin embargo, a través de la historia del hombre se observa que por desgracia no siempre se ha respetado a éste y por ende sus derechos naturales, como lo es la salud, ya que desafortunadamente ha existido la explotación del hombre por el hombre, en el que se ha visto al individuo como un objeto que al no servir más para desempeñar la actividad en la cual se le solicita, era abandonado a su suerte, debido a su mal estado físico o mental, sin importar que éste tuviera el derecho a recibir las acciones necesarias para sobrevivir ante el infortunio de la pérdida de su salud o para recuperar.

De ahí que el reconocimiento como un derecho, ha llevado una evolución, originado en la caridad u obras piadosas como un deber religioso, luego en la asistencia social y más tarde en la seguridad social.

Es importante destacar que, la asistencia social y la seguridad social, tienen por antecedentes del derecho a la protección de la salud, toda vez que ambas buscan un bienestar al hombre; asimismo, la seguridad social tiene como fin proporcionar al individuo una vida digna en cumplimiento a la justicia social; de ahí que la salud constituya parte integrante de los fines de la seguridad social, por lo que a través de las acciones sociales que realiza busca proporcionar confianza al individuo de que en caso de una eventualidad que merme su salud, este contará con los elementos que le ayuden a recuperarla o bien mantenerla.

Ahora bien, dada la importancia de la salud para el hombre, es evidente que se tuvieron que crear los elementos necesarios para que este fuese respetada por la generalidad de los individuos, lo cual se lograría a través de las normas jurídicas que a emitido el hombre para ello.

Por lo que, en el presente capítulo se señalarán los antecedentes legales en el proceso de creación de las normas que actualmente nos rigen y protegen la salud, siguiendo el orden jerárquico de las mismas.

En consecuencia, comenzaremos por señalar los antecedentes de nuestra norma fundamental, llamada así por Kelsen, dado que éste considera que sirve de fundamento de validez de todas las demás normas del sistema jurídico mexicano, hasta llegar a la reforma del artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que prevé el derecho a la protección a la salud.

2.1. CONSTITUCIÓN

El primer antecedente constitucional que tenemos acerca de la regulación jurídica obligatoria en materia de salud, lo es el Decreto Constitucional promulgado en Apatzingán el 22 de octubre de 1814, en su Capítulo Octavo de "Las Facultades del Supremo Congreso", que en su artículo 118, establecía como una de sus facultades aprobar los reglamentos que conduzcan a la sanidad de los ciudadanos.

La Constitución de 1824, de contenido federalista, no estableció disposición alguna acerca de la materia de sanidad, por lo que implícitamente, se considera que esta quedó reservada a las legislaturas de los Estados de la Federación.

En la Constitución Centralista de 1836, en la 6ª Ley Constitucional en su artículo 25, establecía que: "Estará a cargo de los ayuntamientos, la policía de salubridad".

En el texto de las Bases Orgánicas de la República Mexicana acordadas por la H. Junta Legislativa establecida conforme a los decretos de 19 y 23 de diciembre de 1842, sancionadas por el Supremo Gobierno Provisional en su artículo 134 fracción XI, se facultaba a las Asambleas Departamentales de cuidar la salud pública y reglamentar lo conveniente para conservarla.

La Constitución Política de la República Mexicana, sancionada por el Congreso General Constituyente, del 5 de febrero de 1857, recogió el principio vertido en la Constitución de 1824 en materia sanitaria y reservó a los Estados la facultad de legislar sobre la misma.(14)

En noviembre de 1908 el Ejecutivo envió al Congreso de la Unión una iniciativa para adicionar la fracción XXI del artículo 72 Constitucional, a efecto de que se facultara al Poder Legislativo para legislar sobre la salubridad pública general de la República. Dicha iniciativa no prosperó, pero sirvió como antecedente inmediato de la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución de 1917.

En la Constitución del 5 de febrero de 1917, se adicionó la fracción XVI del artículo 73, relativo a las facultades del Congreso para dictar leyes sobre salubridad, cuyos cuatro incisos aún conservamos en esencia, pues tan sólo tuvo modificaciones de forma.

Es preciso señalar que, las constituciones que han regido a la Nación mexicana como ley fundamental, no han contemplado el concepto de salud, abordando el tema exclusivamente desde el ángulo de la salubridad. Es recién su inclusión, por medio de la adición realizada a la Constitución de 1917, publicada en el Diario Oficial de la Federación Mexicana el 3 de febrero de 1983.

Cuyo contenido del artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, a la letra menciona:

“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.”(15)

(14). THOMAS BUERGENTHAL RUTH ROEMER, GERMAN JOSÉ BIDART CAMPOS Y OTROS; El Derecho a la Salud en las Américas. Estudio Constitucional Comparado; Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C. E.U.A., pág. 325.

(15). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

De la transcripción del dispositivo en comento, podemos mencionar que está dictado con base en la justicia social, ya que se reconoce que la salud corresponde a todas las personas sin distinción alguna, al ser un principio universal de la humanidad, el cual es atribuible por el simple hecho de ser humano; de ahí que se busque la protección de la salud a través de su regulación como una garantía individual, que adquiere el carácter de general y de aplicación estricta.

Por lo que, al quedar establecido en nuestra norma fundamental como un derecho del individuo la protección de su salud, se traduce en la existencia de una relación jurídica entre los gobernados y el Estado, en virtud de la cual surge para el primero un derecho de exigir al segundo el cumplimiento de una obligación positiva o negativa, consistente en que sea respetada su prerrogativa fundamental, la protección de su salud, y de la cual debe gozar el hombre para su desarrollo.

La protección a su salud, se sustenta en un derecho de acceso a los servicios de salud, respecto del cual el Estado en su carácter de garante vigilará, otorgará e incluso coordinará el acceso a los servicios de salud, los cuales se prestarán ya sea a través de los órganos que él crea para ello o bien en coordinación con el sector privado.

Asimismo, dicho dispositivo al prever la existencia de una ley encargada de definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, queda sin lugar a dudas establecido que el Estado tutelaré la protección a la salud bajo el orden jurídico, pues será regulado en una ley, misma que será aplicada en forma general y obligatoria.

Así también, prevé que dicha ley regule la concurrencia entre la Federación y las Entidades Federativas, determinando la descentralización, a fin de desempeñar con mayor eficacia los servicios de salud, a que deben tener acceso la población, surgiendo la Ley General de Salud, misma que se enuncia en el subtema siguiente.

Ahora bien, es importante mencionar que en nuestra Constitución vigente, además del dispositivo antes precisado existen otros que inciden en la protección a la salud, lo cual se infiere de su propia redacción, siendo estos los artículos 3°, 11, 16, 38, 73, 115 y 123 de nuestro máximo ordenamiento legal.

En efecto, el **artículo 3° Constitucional**, incide en la materia de protección a la salud, al señalar que la educación que imparta la Federación, Estados, Municipios, tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentará en él, el amor a la patria y la conciencia de la solidaridad social, en la independencia y en la justicia; de lo cual se deriva que el Estado se preocupe del desarrollo mental del individuo e integración social, utilizando como medio a la educación.

El **artículo 11 Constitucional**, establece limitaciones a la libertad de tránsito por cuestiones de higiene pública, misma que tiene por objeto la conservación de la salud y prevención de enfermedades; en cuya aplicación interviene la autoridad del Estado; de ahí que la autoridad administrativa tenga atribuciones para impedir a una persona que penetre al territorio nacional y se radique en él; o bien expulsar a extranjeros perniciosos quedando limitada la libertad para entrar, salir o permanecer en un sitio en el cual se localice un peligro para la higiene pública.

Por su parte, el **artículo 16 Constitucional** establece la facultad que tiene la autoridad administrativa para cerciorarse de que se ha cumplido con los Reglamentos Sanitarios, para lo cual prevé como atribuciones de la autoridad, poder inspeccionar y controlar, que el individuo cumpla con sus obligaciones públicas establecidas en los reglamentos sanitarios.

Cabe mencionar que, aún cuando pueda considerarse que tal dispositivo legal, constituye una restricción que afecta a la libertad del individuo, también implica un derecho de la colectividad, pues a través de tal imposición, se asegura a la colectividad que no se verá afectada su salud, por algún medio que pudiera desencadenar alguna epidemia o bien una enfermedad directa al individuo, a consecuencia de haber recibido algún servicio que este fuera las normas higiénicas que deben observarse para la prestación del mismo; por lo que, tal restricción se da en atención del bienestar general, el cual debe imperar a fin de preservar la salud del común de los individuos de la nación.

En semejantes circunstancias podemos considerar que ha sido establecido el **artículo 38, fracción IV Constitucional**, pues también prevé una restricción a las libertades individuales, al establecer como causal de suspensión de los derechos o prerrogativa del ciudadano, cuando éste tenga una conducta de ebriedad consuetudinaria (alcoholismo) o vagancia; en cuyo caso, también se prevé una restricción que tiende a la defensa de la sanidad general, como medio para combatir la proliferación de tales actividades en la sociedad, en defensa de la salud, de la prolongación de la vida e incluso de la convivencia social.

Por su parte, el **artículo 73 Constitucional**, establece que el Congreso de la Unión y las legislaturas de los Estados, dictarán leyes encaminadas a combatir el alcoholismo. Así también, quedan establecidas como facultades del Congreso de la Unión, en materia de salud, las conferidas en sus fracciones XVI, XXIX, y XXIX-G las cuales se refieren a sus facultades para legislar sobre la salubridad general de la República; la segunda para establecer contribuciones de productos que inciden en el ámbito de la salud como lo es, el tabaco, los derivados del petróleo, cerveza, explotación forestal entre otros; y la última de las fracciones habla sobre su facultad de expedir leyes que establezcan la concurrencia del Gobierno Federal, de los gobiernos de los Estados y Municipios en el ámbito de sus respectivas competencias, en materia de protección ambiental, de preservación y restauración del equilibrio ecológico.

El **artículo 115 Constitucional** establece que los Estados adoptarán para su régimen interior la forma de gobierno republicano, representativo y popular, teniendo como base de su división territorial y organización política y administrativa el municipio libre, el cual se regirá bajo las bases que en sus distintas fracciones prevé dicho dispositivo legal, en cuya fracción III, se prevé la obligación de los municipios de otorgar servicios públicos relacionados directamente con la higiene pública, como lo son: el agua potable, alcantarillado, limpieza y rastro.

El **artículo 117 Constitucional**, hace mención a prohibiciones y facultades a las legislaturas de las Entidades Federativas, de entre las cuales se refieren a la materia de salud, las previstas en la fracción IX de dicho dispositivo legal, pues en ella se establece como prohibición que se grave la producción, acopio o venta del tabaco en rama, en forma distinta o con cuotas mayores de las que el Congreso de la Unión autorice, así también señala como una facultad de dichas legislaturas el dictar leyes encaminadas a combatir el alcoholismo.

De igual forma, el **artículo 123 Constitucional**, establece facultades al Congreso de la Unión para expedir leyes sobre el trabajo, las cuales atenderán a los derechos que se establecen en tal dispositivo en sus fracciones, respectivas para cada uno de sus dos apartados de dicho dispositivo, de las cuales cabe resaltar aquellas que tienden a brindar protección a la salud del individuo, como lo son, en su Apartado "A" las fracciones V, XII, XIV, XV y XXIX; y en su Apartado "B" la fracción XI, la cual se integra por incisos, mismos que enuncian sobre la materia de salud lo siguiente:

B) Entre los Poderes de la Unión, el Gobierno del Distrito Federal y sus trabajadores:

...

XI. La seguridad social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas:

a) Cubrirá los accidentes y enfermedades profesionales; las enfermedades no profesionales y maternidad; y la jubilación, la invalidez, vejez y muerte.

b) En caso de accidente o enfermedad, se conservará el derecho al trabajo por el tiempo que determine la ley.

c) Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un mes de descanso antes de la fecha fijada aproximadamente para el parto y de otros dos después del mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el período de lactancia, tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno para alimentar a sus hijos. Además disfrutarán de asistencia médica y obstétrica, de medicinas, de ayudas para la lactancia y del servicio de guarderías infantiles.

d) Los familiares de los trabajadores tendrán derecho a asistencia médica y medicinas, en los casos y en la proporción que determine la Ley...">>
(16)

Con base en los dispositivos de nuestra Carta Magna podemos concluir que aseguran plenamente al individuo en el goce de su derecho de protección de su salud. Sin embargo, no basta el que se establezcan las generalidades de ese derecho en nuestra Constitución, es necesario que a través de la legislación se delimiten los puntos específicos en que se dará ese ejercicio fundamental, y que será estudiado en nuestros siguientes subtemas.

(16). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

2.2. LEY GENERAL DE SALUD

En primer término, comenzaremos por mencionar que la expedición de la Ley General de Salud, se encuentra preestablecida en el artículo 4° Constitucional, el cual prevé que se expedirá una ley general que definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de la salud, así como establecerá la concurrencia de la Federación y de las Entidades Federativas en materia de salubridad general, de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 73 fracción XVI de dicha Constitución.

Dicha ley ordinaria, tendrá por fin concretar y desarrollar, las bases y modalidades establecidas en nuestra Constitución sobre el acceso a los servicios de salud, así como, establecer o imponer obligaciones a cargo del Estado o de particulares, al igual que otorgar o crear derechos para los particulares en razón de su garantía de protección a su salud, y cuya ley será de aplicación general y abstracta.

Lo anterior, en razón de que el Estado para poder realizar su función administrativa relativa a la protección de la salud, lo debe hacer dentro de un orden jurídico, lo cual implica que tal función se dé dentro del principio de legalidad.

Es por ello que surge la Ley General de Salud, misma que fue publicada en el Diario Oficial de la Federación Mexicana el 7 de febrero de 1984, y entró en vigor el 1° de julio del mismo mes, quedando regulado el derecho a la protección de la salud en dicho ordenamiento legal.

La Ley General de Salud regula ciertas funciones que garantizan el cumplimiento del derecho a la protección de la salud, las cuales se clasifican en generales y específicas, siendo las primeras aquellas que tienen por objeto moderar los intereses individuales y colectivos de los particulares, así como garantizar la equidad en la prestación de los servicios de salud entre los asegurados y la protección de los indigentes y grupos más vulnerables; y como funciones específicas, prohibir todo tipo de conducta que sea perjudicial para la salud; establecer los programas y servicios que fomenten la salud, regular la asignación de recursos para la prestación de servicios, regular el control de la calidad de la atención de los servicios de salud.

De lo anterior, consideramos que dicha ley se impone como objetivo orientar la atención de la salud y hacerla más racional, eficiente y equitativa.

La Ley General de Salud, se integra por dieciocho títulos, los cuales se refieren en orden progresivo a: Disposiciones Generales, Sistema Nacional de Salud; Prestación de los servicios de salud; Recursos humanos para los servicios de salud; Investigación para la salud; Información para la salud; Promoción de la salud; Prevención y control de enfermedades y accidentes; Prevención y control de enfermedades y accidentes; Asistencia social prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos; Acción extraordinaria en materia de salubridad general; Programas contra las adicciones; Control sanitario de productos y servicios, y de su importación y exportación; Publicidad; Control sanitario de la disposición de órgano, tejidos y cadáveres de seres humanos; Autorizaciones y certificados; Vigencia sanitaria; Medidas de seguridad, sanciones y delitos; y Medidas de seguridad, sanciones y delitos. (17)

De los títulos que integran la Ley General de Salud, se observa que estos, cumplen con las funciones generales y específicas, antes precisadas; así también, podemos señalar como característica principal de esta ley, que constituye la base de una serie de programas que estructuran el acceso a los servicios de salud en cumplimiento al artículo 4° Constitucional, tomando como guía para el establecimiento de las materias que regula dicha ley los fines que tiene el derecho a la protección de la salud, mismo que son señalados en su artículo 2° de la Ley General de Salud, mismo que a la letra señala:

"El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;

(17). Ley General de Salud. Edit. Porrúa. México, D.F. 1997, Tomo I, Pp.2-88

- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud; y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.”(18)

Ahora bien, cabe mencionar que el derecho a la **protección de la salud**, se encuentra relacionado con la prestación de los servicios de salud, pues así se deriva de la propia Ley en comento, la cual se encarga de establecer las bases y modalidades para su acceso, como se establece en su artículo 1° de la Ley General de Salud.

En ese entendido, el título tercero de la Ley General de la Salud, prevé en su artículo 23, que se entiende por servicios de salud, siendo 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 de la colectividad.

Asimismo, en su artículo 24 la Ley General de Salud, clasifica a dichos servicios en: atención médica, salud pública y asistencia pública; de igual forma, precisa que debe entender por el primero de los servicios, pues lo prevé así en su artículo 32, el cual señala que se entenderá por atención médica al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, teniendo por actividades la prevención, la curación y la rehabilitación.

No obstante, aún cuando en la Ley General de Salud, no se especifica en forma concreta que debe entenderse por salud pública, cabe precisar que tal servicio de salud, es el que se presta por los establecimientos públicos a todos los habitantes del país, que así lo requieran de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

(18). Idem. P. 1.

Así también, el artículo 167 de la Ley General de Salud, prevé que debe entenderse por **asistencia social**: "El conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva."

De igual forma, dicho título tercero clasifica a los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, de acuerdo a lo señalado en su artículo 34 de dicha Ley General de Salud, el cual dispone:

"Artículo 34. Para los efectos de esta ley, los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en:

- I. Servicios públicos a la población en general;
- II. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargos del Poder Ejecutivo Federal presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios;
- III. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y
- IV. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria."**(19)**

Del dispositivo en comento se desprende que son prestadores de los servicios de salud, el sector público (servicios públicos a la población en general) y las instituciones del mismo (servicios a derechohabientes en instituciones públicas), las personas físicas o morales de los sectores social y privado, y los mecanismos de coordinación de acciones de salud; los cuales se integran en el Sistema Nacional de Salud, en términos de lo dispuesto por el artículo 5° de la Ley General de Salud, cuyos prestadores se aglutinan a fin de lograr sistematizar, agrupar y definir los servicios de salud que otorgan, en beneficio de todos los individuos que integran la sociedad.

(19). Idem. P. 1.

Para lo cual, la Secretaría de Salud Pública será la cabeza de dichos sectores, que coordinará, en su ámbito de actuación previsto en el artículo 7° de la Ley General de Salud, así como dará homogeneidad a la prestación de los servicios de salud, para lo cual contará con el Sistema Nacional de Salud, como instrumento operativo, el cual tendrá por objetivos los previstos en el artículo 6° de dicha Ley, sintetizados en: Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar los servicios, apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente, que proporcionen el desarrollo satisfactorio de la vida, y coadyuvar en la modificación de patrones culturales que inciden en la salud.

Cuantitativamente, tenemos que expresar que los servicios más importantes son los que prestan las instituciones del sector público, y que está integrado por las siguientes entidades:

- Secretaría de Salud.
- Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
- Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas.
- Sistema de Seguridad Social de Petróleos Mexicanos.

De los anteriores prestadores de salud, debemos atender principalmente al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, como prestador de los servicios de salud por concepto de seguridad social, el cual es ubicado por la Ley General de Salud, como prestador de los **servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social**, de acuerdo a lo previsto por el artículo 37 de dicho ordenamiento legal, el cual señala:

“Artículo 37. 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.

Estos servicios se regirán por lo establecido en las disposiciones legales que regulan la organización y funcionamiento de las instituciones prestadoras y por las contenidas en esta Ley, en lo que no se oponga a aquéllas.

Dichos servicios, en los términos de esta ley y sin perjuicio de lo que prevengan las leyes a las que se refiere el párrafo anterior, comprenderán la atención médica, la atención materno-infantil, la planificación familiar, la salud mental, la promoción de la formación de recursos humanos, la salud ocupacional y la prevención y control de enfermedades no transmisibles y accidentes.”

De ahí que la Ley General de Salud, regula la coordinación de la prestación de los servicios de salud, puesto que al tener dichos Institutos sus propios ordenamientos legales que regulan tanto su organización como su funcionamiento, es evidente que también establecen bajo qué dispositivos se debe dar la prestación de sus servicios de salud.

Sin embargo, existen excepciones en las cuales dicha Institución debe sujetarse a lo que disponga la Secretaría de Salud, como lo son: en materia de prevención y control de enfermedades y accidentes, debiendo sujetarse a las normas oficiales mexicanas que al respecto expida la Secretaría de Salud, tal y como lo menciona en su artículo 133 de la Ley General de Salud.

En efecto, la prevención y control de las enfermedades transmisibles corresponderá tan sólo a lo que disponga la Secretaría de Salud, tal y como se regula en el artículo 134 de la Ley General de Salud, lo anterior debido a que debe imperar el bienestar de la colectividad y por ende, de la salud general.

En ese orden de ideas, el artículo 166 de la Ley en comento, dispone que los servicios de salud que proporcionen las instituciones de seguridad social con motivo de riesgos de trabajo, se regirán por sus propias leyes y de las demás disposiciones legales aplicables, se ajustarán a las normas oficiales mexicanas en materia de salud; para lo cual, las autoridades sanitarias propiciarán con dichas instituciones la coordinación de acciones en materia de higiene y prevención de accidentes.

Por último, el título cuarto de la Ley General de Salud señala como usuarios de los servicios de salud, a toda persona que requiera y obtenga los servicios que presten los sectores público, social y privado en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad establece la Ley, así como también se hace mención a los derechos que tienen los usuarios de los servicios de salud.

Por su parte, el título quinto hace mención a la investigación para la salud, el título sexto regula la información para la salud, especificándose los aspectos principales para expedir las estadísticas y evaluación sobre natalidad, mortalidad, morbilidad e invalidez; a fin de obtener una información actualizada y eficaz.

Los títulos séptimo y octavo, se refieren el primero de ellos, a la promoción de la salud y el segundo a la prevención y control de enfermedades y accidentes, para lo cual se promoverá la educación, nutrición, control de efectos nocivos del ambiente, así como también se enuncian las enfermedades transmisibles; el título noveno regula la asistencia social.

El título décimo, prevé las acciones necesarias que se deberán tomar en caso de emergencia o catástrofe que afecten al país; el título décimo primero se refiere a los programas contra las diversas adicciones, su prevención y tratamiento; el título décimo segundo, se refiere al control sanitario de productos y servicios de importación y exportación y el décimo tercero a la publicidad que se refiere a la salud.

El título décimo cuarto, se refiere al control sanitario de la disposición de órganos, tejidos, células y cadáveres de seres humanos, al igual que la competencia de la Secretaría de Salud sobre dicha materia; el título décimo quinto, dispone sobre la sanidad internacional, en materia de migración para las personas, animales u objetos que ingresen en el país, la sanidad marítima, aérea y terrestre; el título décimo sexto, se refiere a la autorización y certificados detallando éstas en sus diversos artículos; el título décimo séptimo, prevé la vigilancia sanitaria, y el último de sus títulos el décimo octavo las medidas de seguridad, sanciones y delitos en materia de salud.

2.3. LEY FEDERAL DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO.

De acuerdo a nuestro tema de estudio, es importante establecer cuales fueron los antecedentes legales que dieron lugar a la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.

En primer término, es importante precisar que nuestra Carta Fundamental, estableció normas laborales sustanciales en su Capítulo del Trabajo y la Previsión Social, el cual regula las relaciones obrero-patronales. Sin embargo, los trabajadores al servicio del pueblo, los trabajadores que prestan sus servicios en el seno de las Instituciones Nacionales no fueron acogidos por esa gran Declaración de Derechos Sociales de 1917.

Por lo que, solo existía en defensa de los derechos de los trabajadores del Estado, la Ley General de Pensiones Civiles de Retiro, expedida por el Ejecutivo Federal, en el año de 1925, misma que establecía un sistema por el que a través de las aportaciones del trabajador y estatales, se contribuían al fondo de una pensión en beneficio de los trabajadores, entre otras prestaciones que establecía dicha Ley, la cual dio sustento a la creación de la Dirección de Pensiones Civiles, misma que constituía una institución de crédito y seguridad social en beneficio de dichos trabajadores.

Después de la Ley General de Pensiones Civiles y de Retiro se creó el **Estatuto Jurídico de los Trabajadores del Estado**, derivado de la iniciativa que el General Lázaro Cárdenas presentó al Congreso de la Unión en el mes de junio de 1937, cuyo documento proponía que se normaran las relaciones laborales entre los trabajadores y el Estado, destacando el derecho de huelga, así como una serie de derechos de contenido social, los cuales tuvieron como fin conservar y desarrollar la personalidad física, económica y moral del trabajador.

El Estatuto Jurídico de los Trabajadores del Estado, fue elevado a la categoría de norma constitucional de la nación, al ocupar sus disposiciones principales en el artículo 123 Constitucional.

Así, en el año de 1960, a la Constitución General de la República le fue adicionado al artículo 123, el apartado "B", en el que se reconoció la condición de trabajador, al servidor público, y que establece:

"Artículo 123 B. Entre los Poderes de la Unión, el Gobierno del Distrito Federal y sus trabajadores:

- i. La jornada diaria máxima de trabajo diurna y nocturna será de ocho horas y siete horas respectivamente. Las que excedan serán extraordinarias y se pagarán con un cien por cien más de la remuneración fijada para el servicio ordinario. En ningún caso el trabajo extraordinario podrá exceder de tres horas diarias ni de tres veces consecutivas;

- II. Por cada seis días de trabajo, disfrutará el trabajador de un día de descanso, cuando menos, con goce de salario íntegro;
- III. Los trabajadores gozarán de vacaciones que nunca serán menores de veinte días al año;
- IV. Los salarios serán fijados en los presupuestos respectivos, sin que su cuantía pueda ser disminuida durante la vigencia de éstos. En ningún caso los salarios podrán ser inferiores al mínimo para los trabajadores en general en el Distrito Federal y en las Entidades de la República.
- V. A trabajo igual corresponderá salario igual, sin tener en cuenta el sexo;
- VI. Sólo podrán hacerse retenciones, descuentos, deducciones o embargo al salario, en los casos previstos en las leyes;
- VII. La designación del personal se hará mediante sistemas que permitan apreciar los conocimientos y aptitudes de los aspirantes. El Estado organizará escuelas de Administración Pública;
- VIII. Los trabajadores gozarán de derechos de escalafón a fin de que los ascensos se otorguen en función de los conocimientos, aptitudes y antigüedad. En igualdad de condiciones, tendrá prioridad quien represente la única fuente de ingreso en su familia;
- IX. Los trabajadores sólo podrán ser suspendidos o cesados por causa justificada, en los términos que fije la ley.

En casos de separación injustificada tendrán derecho a optar por la reinstalación en su trabajo o por la indemnización correspondiente, previo el procedimiento legal. En los casos de supresión de plazas, los trabajadores afectados tendrán derecho a que se les otorgue otra equivalente a la suprimida o a la indemnización de Ley;

- X. Los trabajadores tendrán el derecho de asociarse para la defensa de sus intereses comunes. Podrán, asimismo, hacer uso del derecho de huelga previo el cumplimiento de los requisitos que determine la Ley, respecto de una o varias dependencias de los Poderes Públicos, cuando se violen de manera general y sistemática los derechos que este artículo les consagra;
- XI. La seguridad social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas:

- a) Cubrirá los accidentes y enfermedades profesionales; las enfermedades no profesionales y maternidad; y la jubilación, la invalidez, vejez y muerte.
- b) En caso de accidentes o enfermedad, se conservará el derecho al trabajo por el tiempo que determine la Ley;
- c) Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un mes de descanso antes de la fecha fijada aproximadamente para el parto y de otros dos después del mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el periodo de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos. Además, disfrutarán de asistencia médica y obstétrica, de medicinas, de ayudas para la lactancia y del servicio de guarderías infantiles.
- d) Los familiares de los trabajadores tendrán derecho a asistencia médica y medicinas, en los casos y en la proporción que determine la Ley.
- e) Se establecerán centros para vacaciones y para recuperación, así como tiendas económicas para beneficio de los trabajadores y sus familiares.
- f) Se proporcionarán a los trabajadores habitaciones baratas, en arrendamiento o venta, conforme a los programas previamente aprobados. Además, el Estado mediante las aportaciones que haga, establecerá un fondo nacional de dichos trabajadores y establecer un sistema de financiamiento que permita otorgar a éstos un sistema de financiamiento que permita otorgar a éstos crédito barato y suficiente para que adquieran en propiedad habitaciones cómodas e higiénicas, o bien para construirlas, repararlas, mejorarlas o pagar pasivos adquiridos por estos conceptos.

Las aportaciones que se hagan a dicho fondo serán enteradas al organismo encargado de la seguridad social, regulándose en su Ley y en las que corresponda, la forma y el procedimiento conforme a los cuales se administrará el citado fondo y se otorgarán y adjudicarán los créditos respectivos.

- XII. Los conflictos individuales, colectivos o intersindicales serán sometidos a un Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje integrado según lo prevenido en la ley reglamentaria.

Los conflictos entre el Poder Judicial de la Federación y sus servidores serán resueltos por el Congreso de la Judicatura Federal; los que susciten entre la Suprema Corte de Justicia y sus empleados serán resueltos por esta última.

- XIII. Los militares, marinos y miembros de los cuerpos de seguridad pública, así como el personal de servicios exterior se regirán por sus propias leyes.

El Estado proporcionará a los miembros en el activo del Ejército, Fuerza Aérea, las prestaciones a que se refiere el inciso f) de la fracción XI de este Apartado en términos similares y a través del organismo en cargo de la seguridad social de los componentes de dichas instituciones;

- XIII bis. El Banco Central y las entidades de la Administración Pública Federal que formen parte del sistema bancario mexicano regirán sus relaciones laborales con sus trabajadores por lo dispuesto en el presente apartado;

- XIV. La Ley determinará los cargos que serán considerados de confianza. Las personas que los desempeñen disfrutarán de las medidas de protección al salario y gozarán de los beneficios de la seguridad social.”(20)

Posteriormente, dicho Estatuto quedó abrogado al expedirse el 28 de diciembre de 1963 la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, reglamentaria del apartado “B” del artículo 123 Constitucional.

Una vez establecida los antecedentes para la elaboración de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, pasaremos a mencionar que dicho ordenamiento legal, establece varios dispositivos que van encaminados a proteger la salud en forma expresa, entre los cuales podemos mencionar los artículos 14, 25, 28, 29, 30, 40, de dicha Ley.

La Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, en relación con la prestación de los servicios de salud, se remite a la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, que dispone la organización y funcionamiento de tales servicios; tal y como se desprende de los artículos 110 y 111 de dicha Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, que señalan lo siguiente:

(20) Legislación Federal del Trabajo Burocrático. Edit. Porrúa, México, S.A. 1997.
Pp.12-15.

“ARTICULO 110. Los riesgos profesionales que sufran los trabajadores se regirán por las disposiciones de la **Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado** y de la Ley Federal del Trabajo, en su caso.”

“ARTICULO 111. Los trabajadores que sufran enfermedades no profesionales, tendrán derecho a que se les concedan licencias, para dejar de concurrir a sus labores, previo dictamen y la consecuente vigilancia médica, en los siguientes términos:

I. A los empleados que tengan menos de un año de servicios, se les podrá conceder licencia por enfermedad no profesional, hasta quince días con goce de sueldo íntegro y hasta quince días más con medio sueldo;

II. A los que tengan de uno a cinco años de servicios, hasta treinta días con goce de sueldo íntegro y hasta treinta días más con medio sueldo;

III. A los que tengan de cinco a diez años de servicios, hasta cuarenta y cinco días con goce de sueldo íntegro y hasta cuarenta y cinco más con medio sueldo, y

IV. A los que tengan de diez de servicios en adelante, hasta sesenta días con goce de sueldo íntegro y hasta sesenta días más con medio sueldo, y

En los casos previstos en las fracciones anteriores, si al vencer las licencias con sueldo y medio sueldo continúa la incapacidad, se prorrogará al trabajador la licencia, ya sin goce de sueldo, hasta totalizar en conjunto cincuenta y dos semanas, de acuerdo con el artículo 22 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Para los efectos de las fracciones anteriores, los cómputos deberán hacerse por servicios continuados, o cuando la interrupción en su prestación no sea mayor de seis meses.

La licencia será continúa o discontinua, una sola vez cada año contado a partir del momento en que se tomó posesión del puesto.”(21)

2.4. LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

En virtud de que el artículo 123 Apartado “B” fracción XI, de la Constitución, estableció el régimen de seguridad social a favor de los trabajadores al servicio del Estado, el cual fue retomado por su ley reglamentaria, esto es, la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, se hizo necesario que existiera un organismo encargado de cumplir con tales prerrogativas, por lo que se creó el 12 de agosto de 1925, la Dirección de Pensiones, bajo el amparo de su ley del mismo nombre y que es antecedente de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y que regula las prestaciones que otorga el organismo público descentralizado que lleva el nombre del ordenamiento legal en comento.

Los Antecedentes legislativos de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, son:

Ley General de Pensiones Civiles y Retiro, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de agosto de 1925, en la cual los sujetos eran los funcionarios excepto los denominados “Altos Funcionarios”, y empleados tanto de la Federación como del Departamento del Distrito Federal y de los territorios; y que regula como principal prestación de tipo social y económico, la pensión, en los casos de edad, por años de servicio o por invalidez; así como prestamos a corto plazo en razón de tres meses de salario.

El 13 de marzo de 1946, se expide una nueva Ley General de Pensiones Civiles y de Retiro, cuyo principal beneficio era otorgar prestamos hipotecarios, a los maestros veteranos de la revolución.

(21). Legislación Federal del Trabajo Burocrático. Editoril Porrúa México 1997. P.55-56.

Asimismo, el 13 de diciembre de 1947, se reformó dicha Ley, destacando principalmente que el gobierno de tal organismo pasó a manos de la Junta Directiva que se creó en su lugar, dirigida por el Presidente; así como, el establecimiento de la figura jurídica de la indemnización global, la cual consiste en que al trabajador le sean devueltas las cantidades que le fueron descontadas, en caso de separación del servicio antes de la jubilación, o en caso de muerte la entrega se haría a sus familiares.

El 28 de diciembre de 1959 se expide la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, que abroga la de Pensiones Civiles de Retiro.

En la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado se señala, como máximo órgano de gobierno a una Junta Directiva compuesta por siete miembros, el primero de los cuales es designado por el Presidente de la República y ocupa el cargo de Director General. Los tres siguientes son nombrados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y los últimos tres por la Federación de Trabajadores Sindicalizados del Estado, la presidencia de la Junta corresponde al Director General.

Son sujetos de los beneficios consagrados por dicha Ley, los trabajadores del servicio civil de la Federación y del Departamento del Distrito Federal, los que laboren en organismos públicos que por ley, o por acuerdo del Ejecutivo Federal sean incorporados a su régimen, los que se hayan pensionados por alguna de las entidades anteriores y los familiares derechohabientes tanto de los trabajadores como de los pensionistas.

Las prestaciones obligatorias a favor de los empleados públicos señaladas por dicha Ley, eran entre otras las siguientes:

- 1.) Seguro de enfermedades no profesionales y de maternidad;
- 2.) Seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales;
- 3.) Servicios de reeducación y readaptación de inválidos;
- 4.) Servicios que eleven los niveles de vida del servidor público y su familia;
- 5.) Promociones que mejoren la preparación técnica y cultural y que activen las formas de sociabilidad del trabajador y de su familia;

- 6.) Créditos para la adquisición en propiedad de casas o terrenos para la construcción de las mismas, destinados a la habitación familiar al Instituto;
- 7.) Arrendamiento de habitaciones económicas pertenecientes al Instituto;
- 8.) Préstamos hipotecarios;
- 9.) Préstamos a corto plazo;
- 10)Jubilación;
- 11)Seguro de vejez;
- 12)Seguro de invalidez;
- 13)Seguro por causa de muerte; e
- 14)Indemnización global.

El 27 de diciembre de 1983, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la reforma a la **Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**, derivada de la iniciativa de nueva ley que presentó el Ejecutivo Federal, en razón de la propia adición realizada al artículo 4° de la Constitución de 1917, publicada en el Diario Oficial de la Federación Mexicana el 3 de febrero de 1983.

Lo anterior se constata de la exposición de motivos de la Iniciativa de la Nueva Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado presentada por el Titular del Poder Ejecutivo Federal, en la cual se señaló lo siguiente :

“... Continuando nuestra tradición de avanzada en cuanto a la concepción y acciones de naturaleza social inscrita en la Carta Magna que nos rige, el ISSSTE requiere hoy de un nuevo marco jurídico que fortalezca la base legal de sus actos y lo prepare para enfrentar los retos del presente, pero sobre todo, que le permita allegarse los elementos humanos, físicos, financieros y organizativos pertinentes para estar en condiciones de tutelar los requerimientos de una población derechohabiente en constante creciente...”

"Con el propósito de dar vigencia a la adición constitucional que eleva a garantía social el derecho a la protección de la salud, la presente Iniciativa se adecua a dicho enunciado, explicando la pertenencia del ISSSTE al Sistema Nacional de Salud. Otorga prioridad a la aplicación de la medicina preventiva y busca una efectiva integración familiar y un mayor espíritu de productividad en los servicios públicos. Se incrementan los rubros relativos a la atención médica y se aprovechan al máximo los adelantos científicos y técnicos, y se le da una importancia fundamental a la rehabilitación.

Se aumenta la cobertura de beneficios, dando servicio a los hijos asegurados hasta los 25 años, si acreditan ser estudiantes y no tener trabajo remunerado; a las madres solteras menores de 18 años, así como a los hijos de cualquiera de los miembros de la pareja que dependen económicamente de ellos.

En los casos que resulte necesario contratar servicios subrogados, se establece que se deberá dar preferencia a las propias instituciones del Sector Salud, otorgándose además facultades al Instituto para normar y vigilar la adecuada prestación de los servicios contratados."**(22)**
(Lo resaltado en negrillas es nuestro).

La Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 27 de diciembre de 1983, ha sufrido otras reformas, respecto de las cuales se enunciarán en la exposición de motivos, destacando solamente los puntos más importantes, siendo los siguientes:

(22). Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, México, D.F., noviembre de 1995. Edición de la Subdirección General Jurídica y de la Coordinación General de Comunicación Social del Instituto, pp. 4.

Reformas y Adiciones a la Ley del ISSSTE, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 24 de diciembre de 1986.

“En lo fundamental, las reformas propuestas profundizan el proceso de reordenamiento administrativo y financiero de la institución, y determinan con mayor precisión la asignación de cuotas, aportaciones y servicios, al tiempo que establecen modalidades en la operación de los mismos, con el fin de beneficiar a un mayor número de derechohabientes y de hacer más equitativo y justo su otorgamiento.

Las reformas propuestas se dividen en dos rubros: las relativas a los instrumentos de regulación y control, y las que se refieren al otorgamiento de los seguros, prestaciones y servicios.

Se propone también la desconcentración del Instituto, creándose cuatro Delegaciones para el mejor otorgamiento de los seguros, prestaciones y servicios, en las reformas planteadas se eleva a nivel de Ley el reconocimiento de las Delegaciones como unidades administrativas desconcentradas del Instituto.

A fin de actualizar el cumplimiento del precepto constitucional relativo a la protección a la salud y respetando el carácter prioritario que el Instituto ha dado a la aplicación de la medicina preventiva se propone la ampliación del Programa de Higiene del Trabajo y Prevención de Riesgo que, una vez aprobada la reforma se denominaría Higiene para la Salud, para que dentro del mismo puedan quedar comprendidos todos aquellos servicios que permitan obtener una efectiva integración familiar y una mayor productividad en el trabajo.”(23)

(23). Idem. pp. 12-23

Reforma a la Ley del ISSSTE, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 23 de julio de 1992.

“La presente iniciativa tiene como propósito eliminar la cotización que los pensionistas deben cubrir para que ellos y sus familiares derechohabientes puedan gozar del seguro de enfermedades, de maternidad y medicina preventiva. Esta obligación se encuentra establecida en el artículo 25 de la Ley del ISSSTE vigente; por lo que su reforma eximirá a los pensionados de dicha obligación.

La modificación propuesta, establece la manera como deberá distribuirse en lo sucesivo la cotización respectiva, entre las diversas dependencias o entidades públicas y el propio Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en una actitud solidaria con los pensionistas a quienes se busca apoyar”.(24)

Reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de la Ley del ISSSTE, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de enero de 1993.

“Uno de los objetivos de la Iniciativa, es el de redistribuir el monto porcentual asignado a los distintos seguros, servicios y prestaciones a cargo del Instituto, de tal forma que sin incrementar las cuotas de los trabajadores ni las aportaciones que corresponde realizar a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que la propia Ley regula, se resignen mayores recursos a los renglones de pensiones y servicios médicos, toda vez que la distribución que actualmente se prevé en los artículos 16 y 21, ya no es suficiente para proporcionar el nivel de atención esperando en estos importantes rubros, a pesar de los esfuerzos presupuestales realizados. Es necesario avanzar en la elevación de la calidad de los servicios a cargo del Instituto.”(25)

(24). Idem. pp. 24-25

(25). Op. Cit.

Reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de la Ley del ISSSTE, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 22 de julio de 1994.

“La iniciativa propone la creación de un régimen jurídico que permita la participación de las organizaciones nacionales de trabajadores y patrones en las decisiones relacionadas con los sistemas de ahorro para el retiro y establezca un alto grado de coordinación de los institutos de seguridad social, las dependencias e instituciones gubernamentales entre sí y de éstas con las instituciones de crédito y entidades financieras involucradas, todo ello a través de la creación de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro como órgano desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Para lo cual se adecuara el marco jurídico de los sistemas de ahorro para el retiro contenido en la Ley del ISSSTE.”(26)

Nueva Estructura del ISSSTE

Como se ha observado, a través del señalamiento de los antecedentes legislativos y reformas de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, es evidente que dicho ordenamiento legal busca cumplir con los objetivos de la seguridad social, para lo cual brinda protección a los trabajadores burocráticos y sus familiares, en contra de los riesgos derivados del trabajo y de la existencia en general.

Por ende, para dar continuidad y mejoramiento a una seguridad social que se ajuste a los cambios y necesidades de nuestra actual sociedad, y en especial al grupo laboral burocrático, se han ampliado y creado seguros, prestaciones y servicios que antes no existían y que ahora son previstos por la Ley vigente; y cuya administración, queda a cargo del organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, denominado “Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado”, el cual tendrá conforme al artículo 150 de su ley, las siguientes funciones:

(26). Idem.

“Artículo 150.- El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, tendrá las siguientes funciones:

- I. Cumplir con los programas aprobados para otorgar las prestaciones y servicios a su cargo;
- II. Otorgar jubilaciones y pensiones;
- III. Determinar, vigilar y cobrar el importe de las cuotas y aportaciones, así como los demás recursos del Instituto;
- IV. Invertir los fondos y reservas de acuerdo con las disposiciones de esta Ley;
- V. Adquirir los bienes muebles e inmuebles necesarios para la realización de sus fines;
- VI. Establecer la estructura y funcionamiento, de sus unidades administrativas;
- VII. Administrar las prestaciones y servicios sociales, así como desarrollar las promociones señaladas en las fracciones XI, XII, XVII, XVIII y XIX del artículo 3o. de esta Ley;
- VIII. Difundir conocimientos y prácticas de previsión social;
- IX. Expedir los Reglamentos para la debida prestación de sus servicios y de organización interna.
- X. Realizar toda clase de actos jurídicos y celebrar los contratos que requiera el servicio; y
- XI. Las demás funciones que le confieran esta Ley y sus Reglamentos.”

De igual modo, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, prevé en su artículo 3º, como seguros prestaciones y servicios los siguientes:

Medicina Preventiva;

Seguro de Enfermedades y maternidad;

Servicios de rehabilitación física y mental;

Seguro de riesgo del Trabajo;

Seguro de jubilación;

Seguro de retiro por edad y tiempo de servicios;

Seguro de invalidez;

Seguro de cesantía en edad avanzada;

Indemnización Global;

Servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil;

Servicios integrales de retiro a jubilados y pensionistas;

Arrendamiento o venta de habitaciones económicas pertenecientes al Instituto;

Préstamos hipotecarios y financiamiento en general para vivienda, en sus modalidades de adquisición en propiedad de terrenos y/o casas habitación, construcción, reparación, ampliación o mejoras de las mismas; así como, para el pago de pasivos adquiridos por estos conceptos;

Préstamos a mediano plazo;

Préstamos a corto plazo;

Servicios que contribuyan a mejorar la calidad de vida del servidor público y familiares derechohabientes;

Servicios turísticos;

Promociones culturales, de preparación técnica, fomento deportivo y recreación;
Servicios funerarios; y

Sistema de ahorro para el retiro.

De cuyos seguros y prestaciones antes precisados, cabe mencionar brevemente a que se refieren algunos de ellos, de acuerdo a la regulación de la propia Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, puesto que su mención es necesaria para ubicar nuestro tema de estudio.

El seguro de enfermedades consiste en el conjunto de consultas, estudios, curaciones e intervenciones médico-quirúrgicas que requiera cada caso, el cual se encuentra previsto en los artículos 23 a 29 de la Ley del ISSSTE.

Este seguro abarca la atención médica de diagnóstico, odontológico, quirúrgico, hospitalario, farmacéutico y de rehabilitación, el cual se otorga desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo máximo de 52 semanas para la misma enfermedad.

Durante la licencia sin goce de sueldo, el Instituto cubre al asegurado un subsidio en dinero del 50% del sueldo básico que percibía el trabajador al momento de ocurrir la incapacidad.

Asimismo, se proporciona asistencia obstétrica a la mujer trabajadora, pensionista, esposa del trabajador o pensionista, y en su caso a la concubina de uno u otro, así como a la hija soltera menor de 18 años.

Para los efectos de la Ley del ISSSTE, **el seguro de riesgos de trabajo** cubre los riesgos que puedan sufrir los empleados en el ejercicio de sus labores, como lo son accidentes y enfermedades a que están expuestos con motivo de su trabajo y el cual es regulado en los artículos 33 a 47 de dicha Ley.

Se consideran como accidentes del trabajo, toda lesión orgánica o perturbación funcional inmediata o posterior, o la muerte producida repentinamente en el ejercicio o con motivo del trabajo, cualesquiera que sea el lugar y el tiempo que se presente, así como aquellos que ocurran al trabajador al trasladarse directamente de su domicilio al lugar en que desempeñe su trabajo o viceversa.

De acuerdo a dicho ordenamiento legal el trabajador que sufra un accidente de trabajo tendrá derecho a las prestaciones en especie y en dinero, dentro de las primeras se encuentran: el diagnóstico, asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, servicios de hospitalización, aparatos de prótesis y ortopedia, así como su rehabilitación.

Las prestaciones en dinero, se refieren al derecho de obtener una licencia con goce de sueldo íntegro cuando el riesgo del trabajo incapacite al trabajador para desempeñar sus labores; una pensión calculada conforme a la tabla de evaluación de incapacidades de la Ley Federal del Trabajo al declararse una incapacidad parcial permanente, y una pensión igual al sueldo básico que venía percibiendo el trabajador, cuando se trate de una incapacidad total permanente.

En los casos en que, el trabajador fallezca a consecuencia de un riesgo de trabajo, a los familiares se les otorga una pensión equivalente al cien por ciento del sueldo básico que hubiese percibido el trabajador al momento de ocurrir el fallecimiento.

Asimismo, tratándose de un pensionado, si el fallecimiento se produce como consecuencia directa de la causa que originó la incapacidad, a los familiares del trabajador se les trasmite la pensión con una cuota íntegra.

Finalmente, si la muerte es originada por causas ajenas a las que dieron origen a la incapacidad permanente, sea total o parcial, se entrega a los familiares el importe de seis meses de la pensión asignada al pensionista.

El seguro de jubilación, consiste en el derecho a percibir una pensión que recibirán los trabajadores que hayan cotizado al Instituto y por ende haber prestado sus servicios a una Dependencia o entidad, por 30 años o más de servicios y las trabajadoras con 28 años o más de servicios, cualquiera que sea su edad; regulado en el artículo 60 de la Ley del ISSSTE.

Dicha pensión da derecho al pago de una cantidad equivalente al 100% del sueldo y su percepción comienza a partir del día siguiente a aquel en que el trabajador hubiese disfrutado el último sueldo antes de causar baja.

El seguro de retiro por edad y tiempo de servicios, consiste en otorgar una pensión, a los trabajadores que habiendo cumplido 55 años, tuviesen 15 años de servicios como mínimo e igual tiempo de cotización al Instituto; regulado en los artículos 61 a 66 de la Ley ISSSTE.

El monto o porcentaje de la pensión se determina en razón de los años de servicio, por ejemplo, por 15 años de servicio corresponde un 50% y así sucesivamente hasta 29 años de servicio, a lo cual corresponde un 95%. El

derecho al pago de la pensión comienza a partir del día siguiente a aquel en que el trabajador hubiese percibido el último sueldo antes de causar baja.

El **seguro de invalidez**, consiste en una pensión que se otorga a los trabajadores que se inhabiliten física o mentalmente por causas ajenas al desempeño de su cargo o empleo, que hubiesen contribuido con sus cuotas al Instituto, cuando menos durante 15 años; regulado en los artículos 67 a 72 de la Ley del ISSSTE.

El derecho al pago de dicha pensión comienza a partir del día siguiente al de la fecha en que el trabajador cause baja motivada por la inhabilitación. Para calcular el monto de esta pensión, se aplica el mecanismo previsto para el otorgamiento de la pensión de retiro por edad y tiempo de servicios.

El **seguro por causa de muerte** da derecho a una pensión que se otorga cuando la muerte del trabajador ocurre por causas ajenas al servicio, cualquiera que sea su edad, siempre y cuando hubiese cotizado al Instituto por más de 15 años, o bien acaecida cuando haya cumplido 60 o más años de edad y un mínimo de 10 años de cotización.

La muerte de un pensionista por jubilación, retiro por edad y tiempo de servicios, cesantía en edad avanzada o invalidez, da origen a la pensión por viudez, concubinato u orfandad según sea el caso.

El derecho al pago de la pensión en comento, inicia a partir del día siguiente al de la muerte de la persona que haya originado la pensión; regulado en los artículos 73 a 81 de la Ley ISSSTE.

La **pensión por cesantía en edad avanzada** se otorga al trabajador que se separe voluntariamente del servicio o que quede privado de trabajo remunerado, después de los 60 años de edad y haya cotizado por un mínimo de 10 años al Instituto; esta pensión se calcula en razón de los años de edad del trabajador que se pensiona y tiempo de servicios, el derecho a su pago se inicia a partir del día siguiente en que el trabajador se separe voluntariamente del servicio o quede privado de trabajo remunerado. El otorgamiento de la referida pensión, excluye la posibilidad de conceder posteriormente otro tipo de pensiones, a menos que el trabajador reingrese al régimen obligatorio que señala la ley del Instituto; regulado en los artículos 82 a 86 de la Ley del ISSSTE.

La **indemnización global** se otorga al trabajador que sin tener derecho a una pensión por jubilación, de retiro por edad y tiempo de servicios, cesantía en edad avanzada o invalidez, se separe definitivamente del servicio. Lo anterior, tomando en cuenta el monto total de las cuotas que hubiese contribuido y su sueldo básico.

Si el trabajador falleciere sin tener derecho a las pensiones mencionadas, el Instituto entregará los beneficiarios de éste, el importe de la indemnización global; regulado en los artículos 87 a 90 de la Ley del ISSSTE.

La **Medicina Preventiva**, comprende la prestación de servicios tendientes a preservar y mantener la salud de los trabajadores, pensionistas y sus familiares derechohabientes, mediante el cual se atiende al control de enfermedades previsible por vacunación, el control de enfermedades transmisibles, la detección oportuna de enfermedades crónico degenerativas, la educación para la salud, la planificación familiar, la atención materno infantil, la salud bucal, la nutrición, la salud mental e higiene para la salud; así como la vacunación como medio de prevención contra tales enfermedades, y la cual se encuentra regulado en los artículos 30 y 31 de la Ley del ISSSTE.

El **servicio de rehabilitación física y mental**, tiene por objeto el mejorar o restituir al enfermo con secuelas de invalidez, las capacidades físicas y mentales, a través de procedimientos consistentes en terapias físicas, ocupacionales, y de lenguaje, así como de cirugía de rehabilitación y otros servicios especializados que coadyuven a su reincorporación a la comunidad; el cual se encuentra previsto en los artículos 3º, fracción III, 39, fracción IV , de la Ley del ISSSTE.

El organismo, para poder otorgar dichos seguros, prestaciones y servicios, y cumplir con las funciones que se ligan con ellos, establece en su artículo 151 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, una reorganizado interna, en la que se precisan como órganos de gobierno los siguientes: La Junta Directiva, El Director General, La Comisión Ejecutiva del Fondo de la Vivienda y La Comisión de Vigilancia.

Así como, unidades administrativas centrales las cuales se mencionan en el artículo 3º, fracciones I, II y III del Estatuto Orgánico del propio Instituto, y siendo las siguientes:

I. UNIDADES ADMINISTRATIVAS CENTRALES

- A. Subdirección General Médica.
- B. Subdirección General de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales.
- C. Subdirección General Jurídica y de Relaciones Laborales.
- D. Subdirección General de Obras y Mantenimiento.
- E. Subdirección General de Finanzas.
- F. Subdirección General de Abasto y Servicios Generales.
- G. Coordinación General de Comunicación Social.
- H. Coordinación General de Delegaciones.
- I. Coordinación General de Atención al Derechohabiente.

II. UNIDADES ADMINISTRATIVAS DESCONCENTRADAS

- A. Fondo de la Vivienda
- B. Delegaciones
- C. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"
- D. Hospitales Regionales
- E. Sistema Integral de Tiendas y Farmacias
- F. Gerencias Regionales
- G. Escuela de Dietética y Nutrición
- H. Sistema de Agencias Turísticas TURISSSTE

Cabe mencionar que el Fondo de la Vivienda y el Sistema Integral de Tiendas y Farmacias del Instituto contarán, respectivamente con una contraloría interna, órgano de control interno que se regirá conforme al artículo 52-A del Estatuto en mención.

III. Comisión Interna de Administración y Programación.

Las atribuciones y funciones de los órganos de gobierno se encuentran establecidas en la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; como en el Estatuto Orgánico del propio Instituto; asimismo, en este último ordenamiento en mención se establecen las funciones de las unidades administrativas centrales y desconcentradas y de la Comisión Interna de Administración y Programación.

Ahora bien, toda vez que nuestro tema de estudio lo comprende el seguro de enfermedad, considero de importancia hacer mención de las unidades administrativas centrales del Instituto, que se encargan de otorgar las prestaciones y servicios que de él se derivan; siendo dichas unidades la Subdirección General Médica y la Subdirección General de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales, cuyas funciones de acuerdo a lo previsto en los artículos 45 y 46 del Estatuto Orgánico son:

“ARTICULO 45.- La Subdirección General Médica tendrá las funciones siguientes:

I.- Planear, organizar, normar, coordinar, controlar y evaluar, con base en las políticas institucionales y sectoriales, el Sistema Institucional de Servicios de Salud para garantizar que el otorgamiento de los seguros, prestaciones y servicios establecidos en la Ley, se efectúen de manera ágil, oportuna y eficaz en beneficio de la población derechohabiente;

II.- Establecer las políticas, programas y acciones dirigidas a la población derechohabiente en materia de salud, y definir conjuntamente, las que requieran de la participación coordinada de las unidades administrativas competentes;

III.- Formular las políticas, normas, programas, sistemas, manuales y procedimientos, en el ámbito de la salud, a que deben sujetarse las delegaciones y unidades médicas desconcentradas, y, en su caso, recabar la autorización de la unidad administrativa competente;

IV.- Difundir los programas institucionales; los sectoriales y especiales que determine el Ejecutivo Federal en materia de salud y la normatividad aplicable; asesorar a las delegaciones y unidades médicas desconcentradas sobre su aplicación y ejecución, así como vigilar su cumplimiento;

V.- Proponer acciones en el ámbito de la salud para la atención preferencial de pensionados, jubilados, discapacitados y grupos vulnerables, así como en materia de medicina del trabajo;

VI.- Planear, normar, coordinar, aprobar, controlar y evaluar las acciones de formación y educación médica continua de los recursos humanos para la salud; el cumplimiento e impacto de las acciones de investigación clínica, biomédica, epidemiológica y en servicios de salud que desarrollen las delegaciones y unidades médicas desconcentradas, así como promover el intercambio académico y de servicios con instituciones públicas o privadas;

VII.- Elaborar los programas operativo anual y de avance físico-financiero del presupuesto central del fondo de atención a la salud y promover acciones de mejoramiento, modernización y simplificación administrativa;

VIII.- Desarrollar y coordinar la operación de los sistemas de información de servicios de salud y de vigilancia epidemiológica en el ámbito institucional;

IX.- Determinar las necesidades de obra y equipamiento de las unidades médicas del instituto, así como validar su ejecución y adquisición.

X.- Establecer las políticas en materia de administración y asignación de recursos humanos para la salud;

XI.- Determinar, establecer y gestionar las necesidades de insumos para la salud que requieran las unidades médicas;

XII.- Las demás que señalen otras disposiciones aplicables.”(27)

“ARTICULO 46. La Subdirección General de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales tendrá las funciones siguientes:

I. Planear, organizar, normar, coordinar, controlar y evaluar las actividades en materia del sistema integral de retiro; de seguridad, higiene y medicina en el trabajo; del otorgamiento y recuperación de préstamos a corto y mediano plazos; de la afiliación y vigencia de derechos de los trabajadores; y del sistema de ahorro para el retiro de los trabajadores al servicio del Estado, la operación de sistemas de alimentación económica en el trabajo, de estancias para el bienestar y desarrollo infantil, de centros turísticos, de servicios funerarios, culturales, deportivos y recreativos para los derechohabientes del Instituto, así como de los talleres de terapia ocupacional para pensionados y jubilados; en el ámbito de su competencia;

(27). Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Artículo 45. Se reforma todo por acuerdo publicado en el DOF de 04-X-2000.

II. Conceder, negar, suspender, modificar o revocar las jubilaciones y pensiones en los términos de la Ley y resolver las inconformidades que se presenten en relación con las mismas;

III. Aprobar las nóminas de pago de las jubilaciones y pensiones; aplicar los aumentos que para ellas determine la Junta; autorizar anticipos del 100% de la pensión probable en los casos previstos por la Ley, así como el pago de gastos funerales de los pensionistas;

IV. Dictaminar las solicitudes y, en su caso, autorizar el pago de indemnizaciones globales, de acuerdo con las normas establecidas;

V. Dictaminar los asuntos relativos a accidentes y enfermedades del trabajo, así como otorgar en su caso, pensiones o indemnizaciones derivadas de los mismos y otorgar los subsidios por enfermedades no profesionales;

...
VIII. Realizar estudios, investigaciones y estadísticas sobre accidentes y enfermedades del trabajo; sugerir en el ámbito de competencia del Instituto las medidas preventivas de seguridad e higiene en el trabajo y desarrollar en coordinación con la Subdirección General Médica las acciones inherentes a medicina del trabajo;

...
XIX. Establecer y operar el mecanismo de vigencia de derechos para los asegurados y sus familiares beneficiarios, demandantes de los seguros, servicios y prestaciones." (28)

En ese orden, cabe mencionarse la creación del Comité de Medicina del Trabajo del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el cual por acuerdo número 11.1237.98 emitido por la Junta Directiva y publicado en el Diario Oficial de la Federación, con fundamento en los artículos 58 fracción X de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, y 157 fracción X de la Ley del ISSSTE, autorizó la constitución del Comité, de cuyas funciones, se distingue la mencionada en la fracción II del artículo segundo de dicho acuerdo, misma que se refiere al tema del seguro de enfermedad, y la cual dispone:

(28). Idem.

"II. Revisar y autorizar, en su caso, los dictámenes de invalidez emitidos por las áreas de Medicina del Trabajo del Instituto para otorgar la pensión por este concepto y pagar, en su caso, el Seguro Institucional por parte de la Aseguradora Hidalgo, S.A., a los trabajadores sujetos al **régimen del Instituto** que se inhabiliten física o mentalmente por causas ajenas al desempeño de su cargo o empleo."**(29)**

El régimen del Instituto a que hace mención el artículo antes transcrito, se refiere al régimen obligatorio previsto por el artículo 2° de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el cual no es más que el derecho de los trabajadores de recibir en forma obligatoria los seguros, prestaciones y servicios que establece en su artículo 3° dicho ordenamiento legal.

Al respecto, cabe mencionar que los recursos del régimen obligatorio son de origen bipartita, ya que estos los obtiene tanto de los trabajadores, como de las dependencias o entidades del Estado, los que son utilizados para otorgar los seguros, prestaciones y servicios.

Lo anterior se desprende de lo dispuesto por los artículos 16 y 21 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, puesto que se establece que el trabajador cubrirá una cuota fija del 8% de su sueldo básico de cotización; así como, las dependencias y entidades sujetas al régimen en mención, deben cubrir una aportación equivalente al 17.75 % del sueldo básico de cotización de los trabajadores; cabe mencionar que el Estado otorga un presupuesto a dicha Institución, el cual se encuentra asignado cada año, y regulado en la Ley del Presupuesto de Egresos.

Por otra parte, de los artículos 16 y 21 de la Ley del Instituto, se observa que es mayor la cantidad que se destina al seguro de enfermedades dada la importancia que este tiene, y el cual será estudiado en el capítulo siguiente.

Por último, cabe mencionar que el artículo 1° de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, establece cuales son los sujetos a los cuales se aplicarán los seguros, prestaciones y servicios que se regulan en ellos, siendo estos:

(29). Acuerdo de la Junta Directiva del ISSSTE, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 17 de febrero de 1998.

- I. Los trabajadores al servicio civil de las dependencias y de las entidades de la Administración Pública Federal que por ley o por acuerdo del Ejecutivo Federal se incorporen a su régimen, así como los pensionistas y a los familiares derechohabientes de unos y otros;
- II. Las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y de los Poderes de la Unión a que se refiere esta Ley;
- III. Las dependencias y entidades de la Administración Pública en los estados y municipios y a sus trabajadores en los términos de los convenios que el Instituto celebre de acuerdo con esta Ley, y las demás legislaturas locales;
- IV. Los Diputados y Senadores que durante su mandato constitucional se incorporen individual y voluntariamente al régimen de esta Ley; y
- V. Las agrupaciones o entidades que en virtud de acuerdo de la Junta Directiva se incorporen al régimen de esta Ley. (30)

Los sujetos a los cuales se aplicará dicha Ley son: Los trabajadores, pensionistas y familiares derechohabientes a que se refiere el artículo 5° de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, cuyos derechos y obligaciones de tales sujetos serán analizados en el capítulo siguiente, bajo el marco legal del seguro de enfermedades.

2.5. CONVENIOS INTERNACIONALES.

Antes de entrar en materia, respecto de los convenios internacionales que ha adoptado nuestro país sobre seguridad social relacionados con la salud, es importante comenzar por señalar cuales son los organismos internacionales que colaboran para hacer llegar un bien común a todos los individuos a nivel mundial; ya que además de la ONU, se han creado otros organismos internacionales especializados, como lo son **la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud**, con objetivos específicos, que realizan actividades en cooperación, para llevar a todos los individuos la justicia social.

(30) Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, México, D.F., noviembre de 1995. Edición de la Subdirección General Jurídica y de la Coordinación General de Comunicación Social del Instituto.

En ese sentido, comenzaremos por señalar brevemente su creación y funciones, que corresponden a esas dos organizaciones internacionales que tienen, relación con nuestro tema de estudio.

LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO

La Organización Internacional del Trabajo fue creada de acuerdo con las disposiciones del Tratado de Versalles contenidas en la parte XIII, en sus artículos 387 a 427, en el cual las partes contratantes consideran que: a) La paz universal sólo puede basarse en la justicia social, puesto que lo contrario pone en peligro la paz de los países, así como las naciones tardías en la materia social constituyen un obstáculo para los otros países para mejorar la situación de sus trabajadores; por lo que se decide crear una organización permanente encargada de laborar por la realización de la justicia social. Las funciones principales de este organismo son elaborar convenciones y recomendaciones en materia laboral y social y controlar la aplicación que los países miembros hicieran de las convenciones concluidas bajo los auspicios de la Organización Internacional del Trabajo y que ellos hubieran ratificado.

Para lo cual, en el artículo 388 del Tratado de Versalles se designó como órganos principales de la OIT: La Conferencia General, formada por representantes de todos los países miembros; la Oficina Internacional del Trabajo, con sede en Ginebra, que desempeña las funciones de Secretaría; y un Consejo de Administración, cuerpo de carácter más limitado que la Conferencia.

La Conferencia General. Es el órgano principal de la OIT y toma las decisiones sobre la política general de la Organización, está compuesta por delegaciones de todos los estados miembros, formada cada una de ellas por cuatro personas, dos que representan al gobierno, una a los empleadores y otra a los obreros; su función principal es la de servir de órgano de discusión de los problemas del trabajo en todo el mundo, para llegar a la adopción de convenciones y recomendaciones, a través de las cuales la organización realiza su función principal.

El Consejo de Administración. Está formado por cuatro y ocho miembros, dándose igualmente la triple representación de gobiernos, empleadores y trabajadores que se ve en la Conferencia General, sus funciones son las de preparación y vigilancia de las decisiones de la Conferencia General y principalmente vigila la aplicación de los convenios y recomendaciones por los miembros de la organización.

La Oficina Internacional del Trabajo. Es el órgano administrativo permanente de la OIT, dependiendo directamente del Consejo de Administración, del cual el Director General recibe instrucciones, sus funciones son la preparación de las reuniones de la Conferencia, la asistencia a los gobiernos; las derivadas de la aplicación de las convenciones; y la edición de publicaciones destinadas a difundir temas de interés para la Organización.

De acuerdo a lo anterior, cabe precisar que se entiende por convenciones y recomendaciones, comenzando por señalar que ambos conceptos comprenden normas en materia laboral, que obligan a los países miembros a sujetarse a ellas; sin embargo, difieren en que, en las "**Convenciones**" los miembros se comprometen a someter a consideración de las autoridades competentes para que se convierta en norma con efectos internos; lo cual implica la ratificación del convenio a través de la firma de un tratado y o bien la intervención del órgano legislativo, que se requiera para darle el carácter de ley; lo cual no se da en las "**Recomendaciones**", pues tan sólo el Estado miembro tiene la obligación de someterlas en un plazo determinado a consideración de las autoridades competentes para que tomen las medidas tendientes a su aplicación, no hay, por consiguiente, obligación de ratificar, cuyo último elemento es el que marca la diferencia entre ambos conceptos.(31)

En la promoción de la seguridad social, la OIT ha cumplido un basto desempeño, como lo acredita el crecido número de instrumentos que sobre la materia tiene adoptados, por lo que se enuncian algunas de las normas de la Organización Internacional del Trabajo que a emitido sobre seguridad social, de las cuales solo mencionaremos aquellas que se relacionan con nuestro tema, siendo las siguientes :

La **Recomendación número 67**, pretende garantizar la subsistencia del trabajador y la de su familia, cuando ven perdidos sus "medios de vida", a causa de eventos tales como la incapacidad para trabajar (incluida la vejez), la cesantía o la muerte del jefe de la familia. Se pretende que la contingencia sea cubierta mediante seguro obligatorio y supletoriamente por la asistencia social.

El **Convenio número 102**, relativo a la norma mínima de seguridad social, es el más importante de cuantos instrumentos versan sobre la materia; tiene carácter panorámico, pues se ocupa de los diferentes "seguros", estableciendo los requerimientos mínimos admisibles en cada caso. Encontramos en el Convenio número 102, los siguientes seguros:

(31) **SEARA VÁZQUEZ, MODESTO**, Tratado General de la Organización Internacional. Fondo de Cultura Económica, México 1974, p. 41-42.

Asistencia médica (Parte II).

Prestaciones monetarias de enfermedad (Parte III).

Prestaciones de desempleo (Parte IV).

Prestaciones de vejez(Parte V).

Prestaciones en caso de accidentes de trabajo y de enfermedad profesional (Parte VI).

Prestaciones familiares (Parte VII).

Prestaciones de maternidad (Parte VIII).

Prestaciones de invalidez (Parte IX).

Prestaciones de sobrevivientes (Parte X). **“(32)”**

Cabe precisar que la Organización Internacional del Trabajo, adoptó el primer convenio sobre la materia de asistencia médica en el año de 1927 y cuya enumeración completa de los instrumentos sobre dicha rama son los siguientes:

1° **Convenio número 24**, sobre el seguro de enfermedad, 1927.

2° **Convenio número 25**, sobre el seguro de enfermedad (agricultura), 1927.

3° **Recomendación número 69**, sobre la asistencia médica, 1944.

4° **Convenio número 130**, sobre la asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969.

5° **Recomendación número 134**, sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969.”**(33)**

(32) *Idem.* p. 312-313

(33) *Idem.*

El Decreto por el cual el Gobierno Mexicano aceptó su ingreso a la Organización Internacional del Trabajo, es de 14 de septiembre de 1931 y para el 18 de noviembre del mismo año, el Gobierno Mexicano acusó recibo de la citada comunicación de 8 de octubre. Cabe mencionar cuales son los convenios adoptados por la OIT, al mes de diciembre de 1984, que han sido ratificados por nuestro país, respecto de la materia de nuestro estudio, esto es, sobre seguridad social y el seguro de enfermedad, los cuales son :

- “Convenio número 102, sobre la seguridad social (norma mínima), 1952. Ratificación publicada en el Diario Oficial de 31 de diciembre de 1959.
- Convenio número 155, sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981. Ratificación publicada en el Diario Oficial de 6 de marzo de 1984.
- Convenio número 160, sobre estadística del trabajo, 1985. Ratificación publicada en el Diario Oficial de 28 de noviembre de 1986.
- Convenio número 161, sobre los servicios de salud en el trabajo, 1985. Ratificación publicada en el Diario Oficial de 28 de noviembre de 1986.” (34)

LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Durante los meses de junio y julio de 1946 se celebró en Nueva York una conferencia internacional de la salud, de donde resultaría la firma de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, el 22 del mismo mes. Con ello se concretaba la propuesta hecha en la Conferencia de San Francisco, solicitando la creación de una organización internacional que se ocupara de los problemas que en la época de la Sociedad de Naciones trataba de resolver la Organización de Higiene. El 7 de abril de 1948 su Constitución entró en vigor al ser ratificada por 26 miembros. El acuerdo entre la OMS y la ONU fue aprobado por la Asamblea General de la ONU el 15 de noviembre de 1947, y entró en vigor el 10 de julio de 1948, con su aprobación por la Primera Asamblea Mundial de la Salud. Desde esa última fecha la OMS es un organismo especializado de las Naciones Unidas. (35)

(34) Idem. pp. 399-401

(35). SEARA VAZQUEZ, MODESTO, Tratado General de la organización Internacional, Fondo de Cultura Económica, México, D.F. a 1974, pp. 516-517

La Organización Mundial de la Salud tiene como función principal, alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud, dirigir y coordinar lo relativo a la sanidad internacional; facilitar asistencia técnica cuando se la soliciten; establecer y mantener servicios administrativos y técnicos cuando sean necesarios, incluidos los epidemiológicos y de estadística; combatir las enfermedades epidémicas; promover la prevención de accidentes; promover el mejoramiento de la higiene del medio y de la nutrición; promover la celebración de reuniones internacionales y la conclusión de acuerdos en materias relativas a la salud; establecer o revisar la nomenclatura internacional de enfermedades, causas de muerte y prácticas de salubridad pública; desarrollar, establecer y promover normas internacionales con respecto a productos alimenticios, biológicos, farmacéuticos y similares; tomar las medidas necesarias para alcanzar la finalidad que persigue la Organización. **(36)**

La incidencia en la aplicación de tales funciones del Organismo en comento, la encontramos en el hecho de que insta a los países miembros a que adopten compromisos políticos y financieros en materia de salud, en el caso a estudio se han solicitado a los países acciones intensificadas en respuesta a la crisis del SIDA, debido a que es creciente la epidemia, por lo que, en noviembre del año 2000 la Asamblea General decidió celebrar un período de sesiones extraordinarias sobre el VIH/SIDA, de las cuales surgió el llamado para establecer medidas concretas, llevando a cabo la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, adoptada en septiembre del 2000 por los dirigentes mundiales en la Cumbre del Milenio, y en la que se hace un llamamiento a los gobiernos de todo el mundo para que aborden los siete imperativos críticos, que ayudarán a invertir el curso de la pandemia del Sida, siendo los siguientes:

- Impulsar un liderazgo y una coordinación eficaz;
- Mitigar el impacto social y económico de la epidemia;
- Reducir la vulnerabilidad de determinados grupos sociales a la infección por el VIH;
- Alcanzar las metas acordadas para la prevención de la infección por el VIH;
- Asegurar que la atención y el apoyo estén disponibles para las persona infectadas y afectadas por el VIH/SIDA;
- Desarrollar productos básicos internacionales que sean pertinentes y eficaces,
y

(36). Idem p. 518

- Movilizar el volumen necesario de recursos financieros.

En ese entendido, es claro que la Organización Mundial de la Salud es determinante, para asegurar la salud humana, de acuerdo con las consideraciones antes señaladas; además de que ha establecido un Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA(ONUSIDA) que reúne los esfuerzos y los recursos de las organizaciones para ayudar al mundo a prevenir nuevas infecciones por el VIH, a prestar asistencia a las personas que ya están infectadas y a reducir el impacto de la pandemia, su propósito es organizar los esfuerzos de los sectores y asociados, desde los gobiernos hasta la sociedad civil.

2.6 DERECHO COMPARADO

A continuación veremos someramente la regulación constitucional en materia del derecho a la protección de la salud, de algunos países de América y de Europa, a fin de realizar una comparación con nuestro artículo 4° Constitucional.

2.6.1. EN AMERICA

El señalamiento de los países de América Latina se hará en un orden alfabético, a tendiendo únicamente a la comparación que se haga de sus Constituciones con la de nuestro país en relación con el derecho a la salud.

La Constitución de Brasil no contiene una referencia directa al derecho a la protección de la salud, sin embargo, en el artículo 8 fracción XVII, se faculta a la Unión a legislar sobre normas generales de defensa y protección de la salud; el cual es el fundamento legal, para establecer el plan o programa general de protección y defensa de la salud en ese país, en especial cuando se trata de aplicar dichos planes ante la existencia de las endemias o enfermedades epidémicas.

Asimismo, cabe distinguir que la salud no se encuentra estipulada, como un derecho social sino corporativo, porque los medios y cuidados que tienen que ver con la salud se garantizan a los trabajadores por medio del sistema de seguridad social, lo cual implica que no se tenga como una garantía individual como en nuestra Constitución, de ahí que tan sólo serán prestados los servicios de salud a aquellos que tienen un trabajo remunerado y no a todos los individuos en general.

A diferencia de la situación de Brasil, **la Constitución Chilena de 1980**, garantiza a todas las personas el derecho a la protección de la salud, ya que el Estado protege el acceso gratuito e igual a las actividades de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo; también corresponde al Estado la coordinación y la fiscalización de las actividades vinculadas con la salud; garantizar la ejecución de las actividades sanitarias, ya sea por las instituciones públicas o privadas, en la forma y en las condiciones establecidas por ley, que puede imponer el pago de cargos obligatorios; de igual forma se enuncia que todas las personas tendrán derecho a escoger el sistema de salud, estatal o privado, al que deseen afiliarse.

De lo cual, se desprende que la regulación a la salud, es contemplada como una garantía individual para todos los habitantes de dicho país, misma que indudablemente tiene semejanza con lo dispuesto en el artículo 4° de nuestra Constitución.

La Constitución de Guatemala de 1985, el derecho a la salud figura en calidad de derecho social, y se le considera como derecho fundamental y como bien público; cuyo primer aspecto, se determina en su artículo 93, en el cual se prevé a la salud como un derecho fundamental del ser humano, es decir sin discriminación alguna; por su parte el segundo aspecto, es tomado en su artículo 95, el cual establece que la salud de los habitantes de la Nación es un bien público, respecto del cual todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.

En la Constitución de Panamá de 1946, se hacía una referencia completa a la función del Estado en materia de salud, encarnada ahora en el artículo 105 de la Constitución vigente, el cual dispone que es una función del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida esta como el completo bienestar físico, mental y social.

El artículo 105 de la citada Constitucional claramente hace de la protección de la salud una obligación del Estado, pero requiere la sanción de leyes para definir y regular el ámbito de esos derechos y deberes, como es nuestro caso, de ahí que tal situación sea contemplada en nuestro país por la Ley General de Salud.

La Constitución panameña, a diferencia de la de México, aunque por analogía con las de Guatemala y el Salvador, atribuye jerarquía constitucional a ciertas actividades específicas que el Estado debe realizar en la esfera de la salud.

La Constitución Peruana de 1980 contiene la mayor parte de los elementos del derecho a la salud que figuran en nuestra Constitución Mexicana, como lo son: el derecho y el deber del individuo y una descripción de la obligación correlativa del Estado; ocupándose en forma directa a la salud, en los artículos 15 y 16 del capítulo III del título I, "De la seguridad social, salud y bienestar", pues el primero de ellos menciona que todos tienen el derecho a la protección de salud integral y el deber de participar en la promoción y defensa de su salud, la de su medio familiar y de la comunidad.

Por su parte, el artículo 16 Constitucional, menciona que el Poder Ejecutivo señalará la política nacional de salud, y controlará y supervisará su aplicación; así como, fomentará las iniciativas destinadas a ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud dentro de un régimen pluralista. Es responsable de la organización de un sistema nacional descentralizado y desconcentrado, que planifique y coordine la atención integral de la salud a través de organismos públicos y privados, y que facilite a todos el acceso igualitario a sus servicios, en calidad adecuada y con tendencia a la gratuidad, para lo cual la Ley norma su organización y funciones.

La Constitución de Venezuela de 1947, en su artículo 51 del capítulo titulado "De la salud y de la seguridad social", establece que todos tienen derecho a la protección de la salud y que las autoridades velarán por el mantenimiento de la salud pública y proveerán los medios de prevención y asistencia a quienes carezcan de ellos. Todos están obligados a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro de los límites impuestos por el respeto a la persona humana.

Por lo que, se deriva que el derecho a la salud es considerado como un derecho subjetivo, universal y global, de aplicación inmediata; con un sistema nacional de salud para la aplicación de sus servicios en dicha materia. (37)

(37). Thomas Buergenthal, Rut Roener et alii, El derecho a la Salud en las Américas. Estudio Constitucional Comparado. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., E.U.A; Pág. 553-555, 558-559, 561-564.

2.6.2 EN EUROPA

El artículo 43 de la **Constitución Española** de 1988, señala que se reconoce el derecho a la protección de la salud, el cual compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos ellos, y la naturaleza de la acción sanitaria se concibe como un servicio público. (38)

La **Constitución de Italia** establece en su artículo 32 la protección a la salud, al señalar que esta constituye un derecho fundamental del individuo e interés básico de la colectividad, que garantizará asistencia gratuita a los indigentes. Asimismo, menciona que nadie podrá ser obligado a sufrir un tratamiento sanitario determinado, a no ser por disposición de una ley, misma que no podrá en ningún caso violar los límites impuestos, por el respeto a la persona humana.(39)

En **Suecia** existen cuatro leyes fundamentales: la **Ley Sobre la Forma de Gobierno**, la **Ley de Sucesión**, la **Ley de Libertad de Prensa** y la **Ley de Libertad de Expresión**, siendo la primera la que más se apegaría a la parte dogmática de nuestra constitución, pues en dicha ley son enumerados los derechos y libertades fundamentales; sin embargo, en ella no se contempla nada en relación con el derecho a la protección de la salud, como lo sería en nuestra constitución política mexicana.

No obstante, la asistencia médico-sanitaria es considerada como parte importante del sistema sueco de la Seguridad Social. Su principio fundamental es que todos los ciudadanos tienen derecho a una buena salud e igual acceso a la asistencia, independientemente de dónde vivan y de sus condiciones económicas. De acuerdo con ese principio, se considera que la asistencia médico-sanitaria es responsabilidad del sector público, apoyado por un sistema nacional de seguro de enfermedad y por otras prestaciones de la Seguridad Social.

En Suecia, el Estado es responsable de que el sistema de asistencia sanitaria se desarrolle de forma eficaz y siguiendo sus objetivos globales, basados en las metas y las restricciones de la política de seguridad social y de los factores macroeconómicos. El Ministerio de Salud Pública y Asuntos Sociales realiza trabajos preparatorios en el ámbito gubernamental y establece normas generales, por ejemplo, los servicios sociales y el seguro de enfermedad.(40)

(38). **Constitución Española**, Editorial Colex, España 1988.

(39). **Díaz Alfaro, Salomón**. Derecho Constitucional a la Protección de la Salud, Editorial Miguel Ángel Porrúa, México 1995, p. 20

(40). Instituto Sueco, **Información sobre Suecia, artículo Garantía constitucional de los derechos y libertades**; impresa en mayo de 1988; Svenska Institutet; Embajada de Suecia, en México.

CAPITULO III

**EL SEGURO DE ENFERMEDADES Y SUS
PRESTACIONES DE ACUERDO A LA
REGULACION LEGAL DEL INSTITUTO DE
SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO.**

CAPITULO III

3. EL SEGURO DE ENFERMEDADES Y SUS PRESTACIONES, DE ACUERDO A LA REGULACIÓN LEGAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

3.1 SEGURO DE ENFERMEDADES PREVISTO EN LA LEY DEL ISSSTE.

Como hemos mencionado en el capítulo primero de esta tesis, históricamente, el seguro de carácter social tiene su origen en la necesidad que tuvieron los trabajadores, fundamentalmente los obreros durante la Revolución Industrial, de protegerse contra los riesgos profesionales y las desgracias sociales. Fue entonces cuando se crearon las asociaciones mutualistas que intentaron ayudar a los desvalidos y a los deudos de los obreros que por alguna razón morían. Sin embargo, fue en el año de 1850, cuando en Francia apareció la Ley de Seguro de Enfermedades y dio nacimiento al seguro social; y para el 15 de julio de 1883, en Alemania, por Ley se instauró el seguro de enfermedad con carácter forzoso, extendiéndose con posterioridad a otros países.

En ese sentido, podemos considerar que el seguro de enfermedades previsto en el artículo 23 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, también tuvo una evolución antes de quedar regulado en dicho ordenamiento legal.

En efecto, el primer antecedente que tenemos en cuanto a la regulación de la atención a la salud, por parte del sistema de seguridad social en beneficio de los trabajadores al servicio del estado, lo fue la reforma a la Ley General de Pensiones acaecida en el año de 1947, en la cual se establecieron los servicios médicos para los inválidos, y por ende el seguro de invalidez y muerte.

Para la reforma de 1959 en dicha Ley, tampoco se regulaba el seguro de enfermedades que actualmente conocemos, pues solo se contaba con el "seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales", previsto en el artículo 32 de la Ley de 1959, en el cual las causas determinantes de accidentes o enfermedad tenían que ser precisamente, en razón del servicio o trabajo que se prestaba al Estado o a sus organismos incorporados al régimen obligatorio.

Sin embargo, la Ley de 1959 siguió regulando en sus artículos 82 y 88 la pensión por invalidez y muerte, como prestaciones otorgadas, en razón de enfermedades provocadas por causas ajenas al servicio y cuyos dispositivos legales señalaban:

“Artículo 82.- La pensión por invalidez se otorgará a los trabajadores que se inhabiliten física o mentalmente **por causas ajenas al desempeño de su cargo o empleo**, si hubiese contribuido al Instituto cuando menos durante 15 años. El derecho al pago de esta pensión comienza a partir de la fecha en que el trabajador cause baja motivada por la inhabilitación. Para calcular el monto de esta pensión, se aplicará la tabla contenida en el artículo 77, en relación con el artículo 79.”

“Artículo 88. La muerte del trabajador **por causas ajenas al servicio** cualquiera que sea su edad, y siempre que hubiera contribuido al Instituto por más de quince años, así como la de un pensionado por vejez o invalidez, darán origen a las pensiones de viudez y de orfandad o pensiones a los ascendientes, en su caso, según lo previene esta Ley. El derecho al pago de esta pensión se iniciará a partir del día siguiente de la muerte de la persona que haya originado la pensión.”(41)

Por lo que, es hasta fines de 1983 en que el Presidente Miguel de la Madrid envió a la Cámara de Senadores la iniciativa de la nueva Ley del ISSSTE, cuyas características fundamentales fueron entre otras, ampliar las prestaciones a los servidores públicos, incorporándose nuevos seguros, prestaciones y servicios, manteniendo las cuotas y aportaciones establecidas; incorporar el mandato constitucional del Derecho a la Protección de la Salud, como una garantía social instituida en la administración, para dar pertenencia del Instituto al Sistema Nacional de Salud.

Es por ello, que la nueva Ley del ISSSTE de 1983, se modificó para establecer el “seguro de enfermedades no profesionales y de maternidad”, y el “seguro de accidentes del Trabajo”.

(41) Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Pensiones, jubilaciones, indemnizaciones, préstamos a corto plazo e hipotecarios. Instructivo. México, 1960. P. 24

Ahora bien, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en su artículo 23, establece el seguro de enfermedades bajo las consideraciones siguientes :

“Artículo 23. En caso de enfermedad, el trabajador y el pensionista tendrán derecho a las prestaciones en dinero y especie siguientes:

- I. Atención médica de diagnóstico, odontológico, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación que sea necesaria desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo máximo de 52 semanas para la misma enfermedad. El plazo reglamentado de servicios médicos determinará qué se entiende por este último concepto.

En el caso de enfermos ambulantes, cuyo tratamiento médico no les impida trabajar, y en el de pensionistas, el tratamiento de una misma enfermedad se continuará hasta su curación; y

- II. Cuando la enfermedad incapacite al trabajador para el trabajo, tendrá derecho a licencia con goce de sueldo o con medio sueldo, conforme al artículo 111 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado. Si al vencer la licencia con medio sueldo continúa la incapacidad, se concederá al trabajador licencia sin goce de sueldo mientras dure la incapacidad, hasta por 52 semanas contadas desde que se inició ésta. Durante la licencia sin goce de sueldo, el Instituto cubrirá al asegurado un subsidio en dinero equivalente al 50% del sueldo básico que percibía el trabajador al ocurrir la incapacidad.

Al principiar la enfermedad, tanto el trabajador como la dependencia o entidad en que labore, darán el aviso correspondiente al Instituto.” **(42)**

De la transcripción del dispositivo anterior, se desprende que la duración del seguro de enfermedades empieza a aplicarse desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo de cincuenta y dos semanas para el mismo padecimiento, con la posibilidad de prórrogarse hasta por cincuenta y dos semanas más, en caso de que el asegurado continúe enfermo, previo dictamen médico.

Asimismo, la enfermedad debe ser una misma y que ésta permita laborar al trabajador, lo cual dará derecho al sujeto (trabajador o pensionista), de que esta sea tratada hasta su curación.

(42) Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, impresa en 1993, por la Coordinación General de Comunicación Social del ISSSTE.

Así también, en caso de que la enfermedad incapacite al trabajador, éste tendrá derecho a tres tipos de licencias con goce de sueldo (pago de su sueldo al 100%), medio sueldo (pago de su sueldo al 50%) y sin goce de sueldo; durante la última licencia, se entrega al trabajador un subsidio atendiendo a lo dispuesto por el artículo 111 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.

Dichas prestaciones que se otorgan en razón del seguro de enfermedades, se pueden dividir en prestaciones en dinero y en especie; las primeras constituyen las prestaciones señaladas en el párrafo anterior y las segundas se refieren a la atención médica de diagnóstico, odontológica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación, las cuales serán estudiadas en los párrafos subsecuentes.

Sin embargo, en cuanto a definiciones se trata, el artículo 23 de la Ley del Instituto, hace una especial anotación al señalar que, el Reglamento de Servicios Médicos determinará qué se entiende por una misma enfermedad, cuyo concepto será tratado con posterioridad.

3.1.1 CONCEPTO DEL SEGURO DE ENFERMEDADES.

Para dar una debida conceptualización de lo que es el seguro de enfermedades, es necesario comenzar por distinguir qué significa cada una de las palabras que lo conforman; en ese entendido, comenzaremos por señalar, la definición que corresponde al "seguro" de carácter social.

Así tenemos que el Licenciado Nestor de Buen Lozano, considera que el seguro es un medio de satisfacer necesidades futuras causadas por siniestros posibles".(43)

Por su parte, el Licenciado Alberto Briceño Ruiz, considera que el seguro, es una institución económica, mediante la cual una persona se agrega a un grupo, que al igual que él han realizado una contratación para cubrir determinados riesgos personales o patrimoniales que se encuentran determinados en una póliza, mismos que serán cubiertos a cambio del pago de una prima, la cual constituye el fondo de reserva que sirve para cubrir las pérdidas individuales que se generan cuando se da el riesgo o pérdida.

(43). Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM. Diccionario Jurídico sobre Seguridad Social. Serie E, Varios, Núm. 62, México, 1994. Pág. 406.

La **enfermedad** desde el punto de vista de la seguridad social, es conceptualizada como el conjunto de trastornos funcionales o de lesiones anatómicas, que expresan la reacción del organismo al ataque de una gente morbigeno interno o externo; así como, alteraciones o desviaciones del estado fisiológico en toda la economía del organismo o en alguna de sus partes. Es la pérdida o ausencia de la salud. (44)

Bajo las consideraciones anteriores podemos dar como concepto del **Seguro de Enfermedades**, que es un seguro social, que tiene por beneficiarios del mismo al asegurado, que lo recibe a cambio del pago de una cuota, y el cual tiene como objetivo cubrir los riesgos que se deriven de una enfermedad, esto es, cuando exista una alteración en la salud del asegurado, que le cause un menoscabo o perturbación en su organismo, ya sea física o psíquica; por lo que, dicho seguro cubrirá todas las prestaciones de atención médica, quirúrgica e incluso preventiva, además de las señaladas por la propia Ley que lo regule.

De acuerdo al seguro de enfermedades que regula la Ley del ISSSTE, además de comprender las anteriores características, se establece como un requisito para cubrir las prestaciones que de tal seguro se derivan, que la enfermedad se origine por otras causas que no tengan relación alguno con el desempeño de las obligaciones laborales, ya que de lo contrario se trataría de un riesgo de trabajo.

3.1.2. SUJETOS DEL DERECHO AL SEGURO DE ENFERMEDADES.

Una vez que ha sido delimitado lo que se entiende por el seguro de enfermedad, es importante señalar quiénes son los sujetos que beneficia dicho seguro, de acuerdo a lo determinado en la norma que lo prevé, así como, los derechos y obligaciones que se derivan del mismo.

En ese sentido, la Ley del ISSSTE, en sus artículos 23 y 24 determinan como sujetos individuales protegidos por dicho seguro; al trabajador, al pensionista, a la esposa o concubina; a los hijos, al esposo o concubinario y a los ascendientes; los cuales serán analizados a continuación.

(44). Op cit. Pág. 215.

3.1.2.1. ASEGURADOS O TRABAJADORES

El artículo 3° de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, reglamentaria del Apartado B) del artículo 123 Constitucional, da su propia definición de lo que debe entenderse por trabajador, determinando que, **es toda persona que preste un servicio físico, intelectual o de ambos géneros, en virtud de un nombramiento expedido o por figurar en las listas de raya de los trabajadores temporales.** Asimismo, dicho ordenamiento legal en su artículo 4°, hace una división de dichos sujetos, que comprende los trabajadores de base y de confianza.

De acuerdo con el artículo 5° de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, determina quienes son trabajadores de confianza, siendo a aquellos que integran la planta de la Presidencia de la República, los nombrados por el Presidente de la República o porque su nombramiento o ejercicio, requiere la aprobación expresa del mismo; así como los que desempeñan sus funciones en los tres Poderes en el Ejecutivo, Legislativo y Judicial, en atención a los catálogos a que se refiere el artículo 20 de la misma Ley, teniendo por funciones las de: dirección, inspección, vigilancia, fiscalización, manejo de fondos o valores, auditoría, control directo de adquisiciones, investigación científica y consultoría, con las modalidades ahí especificadas para cada una de ellas.

Por su parte, el artículo 6° de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado señala como **trabajadores de base**, a los no incluidos en el listado que hace el precepto anterior a este, y señala como principal característica de distinción que son inamovibles.

De lo que resulta, que los trabajadores de confianza al servicio de los poderes de la Unión gozarán de los derechos derivados de los servicios que prestan en los cargos que ocupen, con excepción de la inamovilidad, es decir de estabilidad en el empleo; cabe mencionar que tales derechos se derivan de los establecidos en el artículo 123 apartado "B" de la Constitución, como lo son: la protección al salario y los beneficios a que se refiere la seguridad social que menciona el mismo precepto.

Por su parte, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en su artículo 5°, fracción III, señala que debe entenderse por **trabajador**, a toda persona que preste sus servicios en las dependencias o entidades, mediante designación legal o nombramiento, o por

estar incluido en las listas de raya de los trabajadores temporales, con excepción de aquellos que presten sus servicios mediante contrato sujeto a la legislación común y perciban sus emolumentos con cargo a la partida de honorarios.

Con relación a la exclusión de los sujetos que desempeñan funciones eventuales y percepciones de honorarios de la calidad de trabajadores, considero es contraria a los propios fines de la seguridad social, que son la protección y el mejoramiento de los hombres en general, sin hacer distinción del tipo de relación laboral de subordinación existente; máxime cuando el derecho de la seguridad social, debe formular las normas jurídicas que concreten el objetivo de dicha disciplina, ya que es el medio para garantizar al individuo que se cumplirá con los fines que persigue la justicia social.

Ahora bien, los sujetos que tienen la calidad de **“ASEGURADOS”**, son aquellas personas a cuyo favor contratan un seguro o bien, es “el que aporta al seguro o aquel por la que otra persona cotiza” **(45)**

De ahí, que entran en esa característica las personas que solicitan ingresar al régimen voluntario de la Ley del Instituto, el cual constituye la contratación del seguro de enfermedades y maternidad y medicina preventiva, en términos del artículo 142 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Al respecto, cabe destacar que la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, no hace una distinción de que la persona que contrate dicho seguro, deba denominarse como asegurado, sino que tan sólo le da el tratamiento de trabajador, tal y como lo señala el artículo 142 de dicho ordenamiento legal, que a la letra dice:

“Artículo 142.- El trabajador que deje de prestar sus servicios en alguna dependencia o entidad y no tenga la calidad de pensionado, habiendo cotizado para el Instituto cuando menos durante cinco años, podrá solicitar la continuación voluntaria en el régimen obligatorio del seguro de enfermedades y maternidad y medicina preventiva, y al efecto cubrirá íntegramente las cuotas y las aportaciones que correspondan conforme a

(45) Diccionario Jurídico sobre Seguridad Social, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. Serie E varios, núm. 62, México, 1994, P.54

lo dispuesto por los artículos 16 y 21 de esta Ley. Las cuotas y aportaciones se ajustarán anualmente de acuerdo con los cambios relativos que sufra el sueldo básico en la categoría que tenía el interesado en el puesto que hubiere ocupado en su último empleo. El pago de las cuotas y aportaciones se hará por trimestre o anualidades anticipados". (46)

Así también, en el Reglamento de Servicios Médicos del propio Instituto, en su artículo 2°, fracción VIII, señala que:

"Para los efectos de este Reglamento se entiende por...VIII. **TRABAJADORES**.- Los asegurados afiliados al Instituto por las dependencias y entidades, y quienes opten por el régimen voluntario de conformidad con lo estipulado en la Ley". (47)

El señalamiento de "TRABAJADORES" que hace dicho Reglamento de Servicios médicos va más allá, de lo que puede distinguirse del artículo 5 fracción III de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, pues le da el carácter de trabajador, a quienes opten por el régimen voluntario, lo cual es contrario al propio concepto que da dicho dispositivo legal.

Ahora bien, el Reglamento de Servicios Médicos, considera que serán "ASEGURADOS", los trabajadores que se ubican en el régimen obligatorio y los extrabajadores, que opten por el régimen voluntario; cuyo señalamiento está de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 2° de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

(46) Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

(47) Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicado en el Diario Oficial de la Federación del martes 17 de agosto de 2000, emitido por Acuerdo número 32.1260.2000 dictado por la Junta Directiva del ISSSTE, que aprueba el nuevo el Reglamento en mención, y abroga el anterior Reglamento de Servicios Médicos que fuera publicado en el mismo Diario el 14 de junio de 1994.

En cuyo último, dispositivo en comento se determinan dos tipos de regímenes de seguridad social, el obligatorio y el voluntario, los cuales tienen como características que los distinguen, que el primero se sustenta en una obligación: a cargo de las dependencias o entidades, de incorporar o inscripción a las personas que la ley determina, y pagar una contraprestación, ya sea *cuota* si se trata del trabajador o *aportación* si es otorgada por las dependencias o entidades públicas, pues ambos sujetos se encuentran obligados a pagarla de acuerdo a la propia Ley del Instituto, ya que esta sirve para sustentar su cobertura y asegurar la protección contra aquellos riesgos inherentes a la vida y a las actividades económicas; en el caso del seguro voluntario, la persona se asegura bajo su libre decisión de hacerlo, si le parece conveniente y en las circunstancias que se determina su cobertura.

Es importante mencionar que el asegurado voluntario, puede dejar de serlo por las causas señaladas en el artículo 144, de la Ley del Instituto, siendo las siguientes:

1. Declaración expresa del interesado.
2. Cuando no se paguen oportunamente las cuotas y aportaciones.
3. Cuando se ingrese nuevamente al régimen obligatorio.

3.1.2.2. PENSIONISTAS

Los Pensionados, son aquellas personas que son merecedoras a recibir una pensión o prestación económica de carácter vitalicia, al ubicarse en los supuestos que determina la ley, así como cumplir con los requisitos que esta misma prevé para su otorgamiento, como lo son: el haber generado la acumulación de períodos de cotización y años de servicio, o bien ser causahabiente del generador de la pensión por el hecho de tener la calidad de cónyuge, concubina, ascendiente o descendiente del mismo; en esos términos el artículo 5° fracción IV, de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, tiene por **pensionista**, a toda persona que dicha Ley le reconozca tal carácter.

De igual forma, el artículo 48 de la Ley del Instituto en cita, establece que el derecho a percibir una pensión nace cuando el trabajador o sus familiares derechohabientes se encuentren en los supuestos establecidos en esta Ley y satisfagan los requisitos que la misma señala.

En ese sentido, los requisitos para otorgarse cualquier tipo de pensión, previstas en los artículos 49 a 86 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, son los que a continuación se mencionan:

1. Cubrir los años de servicio y el tiempo de cotización que para cada caso se requiere.
2. Acreditar mediante las documentales que se requieran para cada caso, que se es merecedor del beneficio pensionario.

De lo cual, podemos distinguir que tratándose de las pensiones que sean otorgadas como un beneficio directo, esto es, al trabajador, deberá presentar la solicitud respectiva a la que se integrará, la hoja única de servicios, la licencia pre-pensionaria, el aviso oficial de baja y la copia certificada del acta de nacimiento, y en su caso, el dictamen médico; y cuando se trate de un beneficio o derecho derivado, es decir, que corresponda a los familiares del trabajador, se deberán exhibir los documentos que en términos de la legislación civil acrediten la edad, el parentesco de los familiares derechohabientes, y que se encuentra precisada para cada caso, en los artículos 16 a 25 del Reglamento de Prestaciones Económicas, y Vivienda del ISSSTE.

3. En el caso, de que existan adeudos con el Instituto, por concepto de las cuotas a que se refiere el artículo 16 en sus fracciones II a V, de la Ley del Instituto en mención, deberán cubrirse previamente.

En ese sentido, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado establece como pensiones: La de jubilación, de retiro por edad y tiempo de servicios, por invalidez, por causa de muerte y por cesantía en edad avanzada; de las cuales solo será estudiada la de invalidez, debido a que tiene relación con nuestro tema de estudio.

3.1.2.3. BENEFICIARIOS

El beneficiario es aquella persona que tiene la calidad de familiar del asegurado y dependen económicamente de éste, lo cual le da derecho a recibir las prestaciones, servicios y seguros que la propia ley determine.

Al respecto, la Ley del Instituto sólo hace mención del término beneficiarios en sus artículos 8, 9 y 111, sin precisar quienes son dichos sujetos; sin embargo, los Reglamentos del propio Instituto, señalan como "BENEFICIARIOS", a los familiares del asegurado, y del pensionista directo, tal es el caso, de los Reglamentos de Afiliación, Vigencia de Derechos y Cobranza del ISSSTE; y de Servicios Médicos, ambos del Instituto.

Cabe señalar que, tendrán la calidad de beneficiarios, los familiares del trabajador asegurado y pensionista, que se encuentran determinados en el artículo 5° de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, los cuales son: La esposa o la concubina; los hijos menores de 18 años o bien hasta la edad de veinticinco años previa comprobación de que realizan estudios de nivel medio superior y los mayores de 18 años con incapacidad física o psíquica; los ascendientes que dependan económicamente del trabajador o pensionista.

Del dispositivo en comento, es dable hacerse dos observaciones importantes, la primera, es que la determinación que hace la Ley del Instituto, sobre los sujetos beneficiarios, se basa en la dependencia económica y en razón del parentesco, respecto del trabajador y/o pensionista.

En efecto, mientras dichos sujetos acrediten principalmente que existe una dependencia de las percepciones del trabajador para su sustento, así como, el parentesco consanguíneo o por adopción; sólo así, estos podrán ser sujetos de los derechos y beneficios patrimoniales, es decir recibir las prestaciones sociales que se originan por el sujeto directo del aseguramiento, de acuerdo a lo dispuesto por los dos últimos párrafos del artículo 5° de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

En segundo, término cabe destacar, que el artículo 5° de la Ley del Instituto, hace mención a "derechohabientes", limitando tal denominación tan solo a los familiares de los trabajadores y de los pensionistas, beneficiarios de ambos.

Ahora bien, Licenciado Alberto Briceño Ruiz, considera que la denominación de derechohabientes corresponde a las personas favorecidas, en su haber, por un derecho legalmente consignado. **(48)**

(48) Lic. Alberto Briceño Ruiz, Derecho Mexicano de los Seguros Sociales. Editorial Harla, Año 1987, pág. 29

Por su parte, el Diccionario jurídico sobre seguridad social, señala que el "Derechohabiente" es la persona que deriva su derecho de otra, y en el lenguaje común, es aquella que tiene un derecho o varios derechos derivados de otra y que han pasado a su patrimonio de forma legal; también son las personas favorecidas en su haber, con un derecho legalmente establecido. (49)

Es por ello, que consideramos que dicha denominación se refiere a todos los familiares de los trabajadores y pensionistas, a los cuales se les aplica la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Ahora bien, cabe mencionarse que en relación con la denominación de derechohabiente, el artículo 7° de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, establece como una obligación a cargo de los trabajadores proporcionar al Instituto y a las dependencias o entidades en que presten sus servicios, los nombres de los familiares que podrán considerarse como derechohabientes, y los informes y documentos probatorios que se les pidan, relacionados con la aplicación de la Ley en cita.

Dicha obligación, marcada para los trabajadores constituye la vigencia de derechos, de acuerdo a la fracción III, del artículo 9° del Reglamento de Afiliación, Vigencia de Derechos y Cobranza del propio Instituto.

Así tenemos que la **afiliación**, constituye el acto administrativo por virtud del cual se reconoce a una persona la condición de asegurado en un seguro social, de acuerdo a lo establecido en una Ley.

De ahí que la afiliación sea considerada como una obligación legal administrativa al encontrarse establecida en la ley que regula el seguro social; por lo que el sujeto se ve obligado a declarar los datos requeridos por dicho ordenamiento legal, a fin de obtener su inscripción al organismo descentralizado que presta dicho seguro y por ende que se genera el reconocimiento como asegurado, así como la aplicación de los derechos que de ello se derivan.

(49) Diccionario Jurídico sobre seguridad social. Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM. Serie E varios núm. 62, México 1994, pp. 189-190

La afiliación en términos del artículo 7°, del Reglamento de Afiliación, Vigencia de Derechos y Cobranza, señala que es el proceso de inscripción o registro en el Instituto de los sujetos indicados en el artículo 6° del citado Reglamento y tiene por finalidad llevar el registro de las dependencias y entidades, así como de los asegurados; expedir los documentos identificatorios de los asegurados y proporcionar la información a las unidades administrativas del Instituto, para el cumplimiento de sus funciones.

De acuerdo al artículo 6 del Reglamento de Afiliación, Vigencia de Derechos y Cobranza, los sujetos de la afiliación son: las dependencias y entidades, los trabajadores incorporados al régimen de la Ley, así como las personas que opten por la continuación voluntaria.

La unidad administrativa central encargada de llevar a cabo la afiliación es la Subdirección General de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales de acuerdo a lo establecido por el artículo 46 fracciones I y XVIII del Estatuto Orgánico del Instituto; para lo cual, a través de dicha unidad se efectuará la afiliación de las dependencias y entidades, así como de los trabajadores de estos, mediante los avisos de inscripción que les sean proporcionados.

De ahí que la importancia de la afiliación, sea que pone en conocimiento del ente asegurador, en el caso, al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, de los sujetos obligados al pago de la cotización y aportaciones; cuyos términos legales implican el pago de una cantidad en dinero que constituye la aparte de gastos colectivos, contribuciones de parte de las reservas financieras que sustentan la existencia del propio seguro.

Asimismo, la cuota es el objeto de la obligación de cotización, y esta es impuesta por Ley a los trabajadores y entidades, de contribuir al sostenimiento de las cargas económicas de los regímenes de previsión social, de acuerdo a los criterios fijados legalmente para su contribución.

Así también, la obligación de cotización tiene como contenido, una prestación de dar, que se concreta en el pago de una suma de dinero; la cuota es proporcional al salario y se calculan por porcentajes sobre un salario convencional que sirve de base imponible.

En ese sentido, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en sus artículos 16 y 21, establece la obligación de cotización, al disponer en tales dispositivos lo siguiente :

<<"Artículo 16. Todo trabajador incorporado al régimen de este ordenamiento, deberá cubrir al Instituto una cuota fija del ocho por ciento del sueldo básico de cotización que disfrute, definido en el artículo anterior.

Dicha cuota se aplicará en la siguiente forma:

- I. 2.75% para cubrir los seguros de medicina preventiva, enfermedades, maternidad y los servicios de rehabilitación física y mental;
- II. 0.50% para cubrir las prestaciones relativas a préstamos a mediano y corto plazo;
- III. 0.50% para cubrir los servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil; integrales de retiro a jubilados y pensionistas; servicios turísticos; promociones culturales, de preparación técnica, fomento deportivo y de recreación y servicios funerarios;
- IV. 3.50% para la prima que se establezca anualmente, conforme a las valuaciones actuariales, para el pago de jubilaciones, pensiones e indemnizaciones globales, así como para integrar las reservas correspondientes conforme a lo dispuesto en el artículo 182 de esta Ley;
- V. El porcentaje restante se aplicará para cubrir los gastos generales de administración del Instituto, exceptuando los correspondientes al Fondo de la Vivienda.

Los porcentajes señalados en las fracciones I a III incluyen gastos específicos de administración."

"Artículo 21. Las dependencias y entidades públicas sujetas al régimen de esta Ley cubrirán al Instituto, como aportaciones el equivalente al 17.75% del sueldo básico de cotización de los trabajadores.

Dicho porcentaje se aplicará de la siguiente forma:

- I. 6.75% para cubrir los seguros de medicina preventiva, enfermedades, maternidad y los servicios de rehabilitación física y mental;
- II. 0.50% para cubrir las prestaciones relativas a préstamos a mediano y corto plazo;

- III. 0.50% para cubrir los servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil; integrales de retiro a jubilados y pensionistas; servicios turísticos; promociones culturales, de preparación técnica, fomento deportivo y de recreación y servicios funerarios;
- IV. 0.25% para cubrir integralmente el seguro de riesgos del trabajo;
- V. 3.50% para la prima que se establezca anualmente, conforme a las valuaciones actuariales, para el pago de jubilaciones, pensiones e indemnizaciones globales, así como para integrar las reservas correspondientes conforme a lo dispuesto en el artículo 182 de esta Ley;
- VI. 5.00% para constituir el Fondo de la Vivienda.
- VII. El porcentaje restante se aplicará para cubrir los gastos generales de administración del Instituto, exceptuando los correspondientes al Fondo de la Vivienda.

Los porcentajes señalados en las fracciones I a IV incluyen gastos específicos de administración.

Además, para los servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil, las dependencias y entidades cubrirán el 50% del costo unitario por cada uno de los hijos de sus trabajadores que haga uso del servicio en las estancias de bienestar infantil del Instituto. Dicho costo será determinado anualmente por la Junta Directiva.”>>

La cuota que se paga al Instituto se otorga de acuerdo con el salario base de cotización, esto es, el sueldo básico que se integra solamente con las remuneraciones, que comprenden el sueldo presupuestal, el sobresueldo y la compensación, las cuales son definidas por el artículo 15 de la Ley del Instituto.

En efecto, en términos del penúltimo párrafo del artículo 15 de la Ley del Instituto se establece que las cotizaciones establecidas en los artículos 16 y 21 de esta Ley, se efectuarán sobre el sueldo básico, hasta por una cantidad que no rebase diez veces el salario mínimo general que dictamine la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos, y será el propio sueldo básico, hasta por la suma cotizable, que se tomará en cuenta para determinar el monto de los seguros, pensiones, subsidios y préstamos que otorga dicha Ley.

Lo anterior es reiterado por el artículo 26 del Reglamento de Afiliación, Vigencia de Derechos y Cobranza del Instituto, el cual señala que: “ El importe de las cuotas y aportaciones, se determinará aplicando los porcentajes que estable la Ley al sueldo básico definido por la misma, que en ningún caso será menor al sueldo mínimo vigente en el Distrito Federal, establecido en el Tabulador General de Dependencias y Entidades del Gobierno Federal, ni mayor de 10 veces el sueldo mínimo señalado.

Por último, podemos concluir que la obligación de cotización nace en el momento que se contrata el seguro y se extingue hasta que se produce formalmente su baja como asegurado, por lo que consideramos que la afiliación va conjuntamente con dicha obligación, ya que de no ser así el Instituto no tendría los medios para saber cuales son los sujetos a los que se deben cobrar las cuotas y aportaciones derivadas de la incorporación al régimen obligatorio o voluntario de la seguridad social que otorga el ISSSTE.

Tal consideración tiene su apoyo, en lo establecido en el artículo 11 de la Ley del Instituto, que prevé que se formulará y mantendrá actualizado el registro de trabajadores en servicio, que sirve de base para las liquidaciones relativas a las cuotas de los trabajadores y a las aportaciones de las dependencias y entidades a que se refiere dicha Ley.

El registro a que se refiere el dispositivo legal antes enunciado, no es más que la afiliación definida por el artículo 7° del Reglamento de Afiliación, Vigencia de Derechos y Cobranza del Instituto.

Así también, el artículo 25 del Reglamento de Afiliación, Vigencia de Derechos y Cobranza del Instituto, establece que, la obligación del pago de cuotas y aportaciones, se inicia con la designación legal o nombramiento del trabajador en la dependencia o entidad y termina cuando el Instituto recibe el aviso de baja del trabajador.

En cuanto, a la entrega del pago que se realice de las cotizaciones y aportaciones, la Ley del ISSSTE, dispone en su artículo 22, párrafo primero, que las dependencias y entidades públicas harán entregas quincenales al Instituto, a más tardar los días 10 y 25 de cada mes por conducto de sus respectivas tesorerías o departamentos correspondientes, del importe de las cuotas y aportaciones a que se refieren los artículos 16, 21 y 25 fracción II de esta Ley, excepto tratándose de las aportaciones al sistema de ahorro para el retiro.

La unidad administrativa central encargada de llevar a cabo el cobro de las cuotas y aportaciones, es la Subdirección General de Finanzas, de acuerdo a lo establecido por el artículo 51 A fracción XII del Estatuto Orgánico del Instituto.

Cabe destacar que el artículo 25 de la Ley del Instituto, da un tratamiento especial, a la cotización del seguro de enfermedades, pues dispone lo siguiente:

“Artículo 25. La cotización del seguro de enfermedades, de maternidad y medicina preventiva que establece este capítulo en favor de pensionistas y sus familiares derechohabientes, se cubrirá en la siguiente forma :

I. 4% a cargo del Instituto, sobre la pensión que disfrute el pensionista ; y

II. 4% de la misma pensión, a cargo de la dependencia o entidad”.

Cuya distinción, es reiterada por el artículo 30 del Reglamento de Afiliación, Vigencia de Derechos y Cobranza del Instituto, señala que:

“El Instituto notificará mensualmente a las dependencias y entidades las cotizaciones que deben cubrir por concepto del seguro de enfermedades, maternidad y medicina preventiva de los pensionistas que fueron sus trabajadores. El pago deberá efectuarse en un plazo que no exceda de 10 días hábiles contados a partir del día siguiente de la fecha de la notificación conjuntamente con la liquidación.”

Para que se concedan las prestaciones, seguros y servicios a que se refiere la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en su artículo 3°, y en especial las derivadas del seguro de enfermedades en estudio, se solicita que se cumplan ciertos requisitos, como lo es que se acredite la vigencia de derechos la cual constituye, el medio para acreditar el acceso a las prestaciones que la ley establece.

Ahora bien, desde el punto de vista jurídico consideramos que la vigencia de derechos, es la comprobación de una condición de hecho, a través de la cual se obliga a la autoridad a cumplir con una obligación positiva que la ley impone a la administración; esto es, al acreditarse que es trabajador o pensionista, da al particular un derecho de exigir las prestaciones que se derivan del seguro de enfermedades establecidas en la ley.

Cuya vigencia de derechos tiene por fines, los siguientes:

- Acreditar el derecho a recibir los servicios y prestaciones del seguro de enfermedades, maternidad y medicina preventiva;
- Inscribir a los beneficiarios;
- Expedir autorizaciones permanentes o temporales para recibir los servicios y prestaciones del seguro de enfermedades, maternidad y medicina preventiva, en una clínica de medicina familiar diferente a la de adscripción del asegurado o pensionista directo; y
- Certificar el derecho de los asegurados, pensionistas y de los beneficiarios de los asegurados y de los pensionistas directos, a las prestaciones económicas y en especie que señala la Ley.

Son sujetos de la vigencia de derechos los asegurados, los pensionistas y los beneficiarios de ambos; asimismo, da derecho a la adscripción de estos a la clínica de medicina familiar, para otorgar los servicios del seguro de enfermedades, maternidad y medicina preventiva, el Instituto expedirá una tarjeta de citas médicas a cada asegurado; tales derechos se inician cuando la Ley les reconoce dicho carácter y se extingue cuando pierde dicha calidad.

3.1.3. PRESTACIONES DERIVADAS DEL SEGURO DE ENFERMEDADES.

3.1.3.1. CONCEPTO Y OBJETIVO DE LAS PRESTACIONES

Las prestaciones constituyen un beneficio derivado de un derecho, lo que le da el carácter obligatorio, que corresponde a los trabajadores, pensionados y a los familiares de ambos, el cual se otorga con motivo de solventar una contingencia que modifique la salud de alguno de ellos y los gastos que de esta se derivan; así como proporcionar una ayuda, sea en especie o pecuniaria, que constituya un ingreso para el beneficiario y su familia en sus gastos cotidianos.

En ese entendido, el objetivo de la prestación constituye el cumplir con una obligación de dar o hacer, es decir el objeto o contenido de un deber jurídico.

De ahí que tal obligación, se deriva del principio que establece que las prestaciones de la seguridad social han de suministrarse en virtud de un derecho jurídicamente establecido.

Así tenemos que las prestaciones que regula la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, son de dos clases en especie y económicas; sin embargo, la ley las clasifica en prestaciones económicas; sociales y culturales, y cada uno de los servicios que corresponden a cada una ellas, mismas que se definen y señalan en el siguiente punto.

3.1.3.2. CLASIFICACIÓN DE LAS PRESTACIONES

Las prestaciones económicas, tienen por objeto mantener la capacidad económica de la persona, inmediatamente y conforme a los ingresos del asegurado que fundamentan la cuota. (50)

Las prestaciones sociales. En términos de lo dispuesto por el artículo 137 de la Ley del ISSSTE, tienen como finalidad atender a las necesidades básicas del trabajador y su familia, a través de la prestación de servicios que contribuyan al apoyo asistencial, a la protección del poder adquisitivo de sus salarios, con orientación hacia patrones racionales y sanos de consumo.

Las prestaciones culturales. En virtud de lo dispuesto por el artículo 140 de la Ley del Instituto, tales prestaciones se refieren ha proporcionar servicios culturales mediante programas culturales, recreativos y deportivos que tiendan a cuidar y fortalecer la salud mental e integración familiar y social del trabajador, y su desarrollo futuro, contando con la cooperación y el apoyo de los trabajadores.

(50) Lic. Alberto Briceño ruíz, Derecho Mexicano de los Seguros Sociales página 33

Prestaciones Económicas: Subsidio

Ayudas para gastos matrimoniales, de defunción y asistenciales.

Indemnización global

Arrendamiento o venta de habitaciones

Préstamos hipotecarios

Préstamos a mediano plazo

Préstamos a corto plazo

Prestaciones Sociales:

Venta de productos básicos y de consumo para el hogar;

De alimentación económica en el Trabajo;

Centros Turísticos;

Servicios Funerarios; y

Los demás que acuerde la Junta Directiva.

Prestaciones Culturales: Programas Culturales;

Programas educativos y de preparación técnica;

De capacitación.

De atención a jubilados, pensionados e inválidos

Campos e instalaciones deportivas para el fomento deportivo

Estancias de bienestar y desarrollo infantil; y

Los demás que acuerde la Junta Directiva.

En cuanto, al seguro de enfermedades que comprende nuestro estudio, regulado en el artículo 23 de la Ley del ISSSTE, tal dispositivo legal clasifica las prestaciones que se derivan de dicho seguro, en dinero y especie.

3.1.3.2.1. PRESTACIONES EN ESPECIE

Las prestaciones en especie podemos considerar que son las acciones o servicios que se otorgan a los asegurados y a sus familiares, en razón de los derechos que se derivan del seguro social al que se encuentran afiliados dichas personas. En este caso, si bien es cierto que no se les da en forma directa una cantidad de dinero, también lo es que tales prestaciones constituyen una ayuda económica para el patrimonio individual de cada asegurado, ya que no "desembolsan", las sumas reales que tendrían que pagar por recibir los servicios que se derivan de dichas prestaciones, puesto que tan sólo pagan una cuota mínima y reciben servicios que en costo son mayores que su aportación.

Sobre todo que, al derivarse dicha prestación de un seguro social sus recursos son de origen bipartita, esto es, existen aportaciones de las entidades y dependencias, y trabajadores; e incluso el presupuesto que otorga el Estado al propio instituto de seguridad social, que ocupa nuestro estudio, de ahí que no es tan onerosa la cuota que paga y mayores los beneficios que de ella se derivan.

Ahora bien, al tratarse de un seguro social, cuya cobertura tiene por finalidad cubrir los riesgos por enfermedad, las prestaciones en especie que se derivan del mismo, comprenden el otorgamiento de servicios médicos que ayuden al individuo a continuar, o bien a restablecer su salud ante cualquier tipo de enfermedad.

En ese sentido, tenemos que las prestaciones en especie, que determina el seguro de enfermedades, de acuerdo al artículo 23 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, son las siguientes:

- ATENCION MEDICA DE DIAGNÓSTICO,
- ODONTOLÓGICA
- QUIRÚRGICA
- HOSPITALARIA,
- FARMACÉUTICA Y

- DE REHABILITACION.

La **atención médica de diagnóstico**, constituye el conjunto de consultas, estudios, curaciones e intervenciones médico quirúrgicas que correspondan a las exigencias que presente cada caso y que sean apropiadas y suficientes para su tratamiento, tanto en calidad como cantidad, de conformidad con los elementos y recursos del Instituto. Por su parte, el artículo 46, fracción II del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, señala que la atención médica, es el conjunto de servicios que se le proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Los servicios odontológicos comprende el tratamiento proporcionado en relación con la especialidad médica que trate los dientes, de sus enfermedades y de su sustitución, la cual se otorga a través de la consulta externa, proporcionada en la unidad clínica de medicina familiar que les corresponda, de acuerdo con el código postal de su domicilio, y cuyos servicios se encuentran previstos en los artículos 41 y 57 fracción III del Reglamento de Servicios Médicos del propio Instituto.

Los servicios quirúrgicos. Es la actuación del cirujano, en la que hay escisión de la piel o las mucosas; la intervención quirúrgica u operación empieza al abrir la piel, generalmente, y termina con la costura de los distintos planos que se han cortado, con la operación llamada sutura; por su parte, el artículo 67 fracción III del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, considera a la Atención Médico-Quirúrgica, como el conjunto de acciones orientadas a prevenir, a curar o a limitar el daño en la salud de un paciente, mediante la aplicación de los conocimientos médicos y de las técnicas quirúrgicas aceptadas por la medicina.

Para realizar una intervención quirúrgica se verificará que medie solicitud o consentimiento expreso del mismo y, tratándose de menores o incapacitados psíquicamente, la autorización por escrito del padre, la madre o tutor o de quién legalmente lo represente, así como la orden del médico facultado para ello; esto es, debe de existir la Carta de Consentimiento bajo información, que señala el artículo 67 fracción V, del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE; ahora bien, en los casos de extrema urgencia, se debe de estar a lo previsto por el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, de conformidad con el artículo 71 del Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Los servicios de hospitalización se encuentran regulados por los artículos 67 a 83 del Reglamento de Servicios Médicos del Instituto, dichos servicios se proporcionaran a los enfermos o en tratamiento, según el cuadro clínico de diagnóstico o tratamiento, previa valoración del médico responsable el cual realizará una evaluación periódica durante el internamiento, la cual será registrada en el expediente clínico, especificando la evolución de la enfermedad y su tratamiento de acuerdo a las ordenes médicas sucesivas.

Para lo cual, se contará con el Centro Médico "20 de Noviembre" y los Hospitales Regionales, como unidades administrativas desconcentradas del Instituto, que tienen por objeto los primeros, otorgar atención médica integral de alta especialidad, y los segundos, atención médica de tercer nivel, ambos del Instituto.

Los servicios de farmacia, constituyen el suministro de medicamentos, y demás elementos terapéuticos prescritos por el médico tratante, los cuales deberán estar comprendidos dentro del cuadro básico de insumos del Sector Salud y del Catalogo Institucional de Medicamentos, dicho servicio de atención de farmacéutica se encuentra regulado en los artículos 84 a 89 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, asimismo, cabe precisar que la regulación de los requisitos que debe contener la receta médica, en que se indica la prescripción del diagnóstico y tratamiento, está determinada en los artículos 87 a 89 del Reglamento antes citado.

Los servicios de rehabilitación, tienen por objeto el mejorar o restituir al paciente con secuelas invalidantes, las capacidades físicas y mentales, por medio de los procedimientos de terapias físicas, ocupacional y de lenguaje, así como de cirugía de rehabilitación y otros servicios especializados que coadyuven a su reincorporación a la vida diaria, (artículo 95 del Reglamento de Servicios Médicos del Instituto).

Las prestaciones en especie se otorgarán "desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo máximo de 52 semanas para la misma enfermedad, de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 23, fracción I, de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

En términos del artículo 46, fracción IV, del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, se entiende por “Comienzo de una enfermedad”, la fecha determinada o estimada por el médico tratante, o cuando a falta de servicios médicos institucionales en el lugar, el trabajador compruebe el padecimiento. Para este último efecto se considerarán los certificados médicos o cualquier otro medio de prueba, cuya validación estará a cargo del director de la unidad médica más cercana.

No obstante lo anterior, dicho artículo 23 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, abre la posibilidad de que la enfermedad sea tratada hasta su alivio total, al determinar que, cuando se trate de enfermedades que permitan seguir laborando al trabajador o bien se trate de un pensionista, el tratamiento de una misma enfermedad se dará hasta su curación; de igual forma lo prevé el artículo 47 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE; cuyos puntos serán ampliamente estudiados en el último de los capítulos de la presente tesis.

3.1.3.2.2. PRESTACIONES EN DINERO.

En cuanto a las prestaciones en dinero a que se refiere el artículo 23, en su fracción II, de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, estas comprenden las licencias con goce de sueldo, con medio sueldo y sin goce de sueldo y el subsidio.

En consecuencia, comenzaremos por estudiar a las licencias, las cuales en términos genéricos son una prestación que está contemplada en la Ley, de ahí su carácter obligatorio.

Las licencias que se derivan del seguro de enfermedades previsto en el artículo 23 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, son aquellas que se otorgan como consecuencia de una enfermedad no profesional que incapacita al trabajador para realizar sus labores cotidianas; entendiéndose por incapacidad a la disminución o pérdida de la aptitud para desempeñar cualquier actividad física, a consecuencia de una alteración anatómica o funcional del cuerpo humano.

En ese orden de ideas, la licencia por enfermedad es definida como el permiso otorgado al sujeto de aseguramiento para ausentarse de su centro de trabajo motivado por una alteración de su salud, que le puede ser o no profesional, sin verse afectado en la conservación de todos sus derechos laborales, como lo es el pago de su salario; teniendo como única obligación la de someterse a revisiones médicas y valoraciones que le practiquen las unidades encargadas de prestar los servicios médicos del Instituto.

Respeto a la conservación de los derechos laborales que conlleva dicha licencia, se hace patente en lo dispuesto por el artículo 43, fracción VIII, inciso d), de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, en cuyo respecto señala que, son obligaciones de los titulares a que se refiere el artículo 1° de dicho ordenamiento legal, conceder licencias a sus trabajadores, sin menoscabo de sus derechos y antigüedad y en los términos de las Condiciones Generales de Trabajo y en el caso de que los trabajadores sufran enfermedades no profesionales se concederán licencias, en los términos del artículo 111 de dicha Ley Burocrática.

En ese entendido, el Reglamento de Condiciones Generales de Trabajo del Instituto, señala en su artículo 72, que el trabajador que al inicio del período de vacaciones o durante el mismo se incapacite por enfermedad, tendrá derecho a que se le repongan las vacaciones una vez concluida la enfermedad.

Así también, el artículo 15 del Reglamento de Afiliación, Vigencia de Derechos y Cobranza del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, dispone que el aviso de baja de un trabajador, que tenga incapacidad por enfermedad no profesional amparada mediante licencia médica expedida por el Instituto, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 23, fracción II de la Ley, no surtirá efectos mientras dure dicha incapacidad.

Al efecto, cabe mencionar que, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, considera a la licencia por enfermedad, como el documento oficial por medio del cual se hace constar que el trabajador esta incapacitado para asistir a sus labores, como consecuencia de la o las enfermedades que lo afecten.

De acuerdo al Manual de procedimientos para la expedición de licencias médicas del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, señala que para otorgar la licencia médica es necesario presentar la siguiente documentación:

- Tarjeta de afiliación actualizada del ISSSTE y credencial de su dependencia.
- Último talón de pago.

Así también, señala que si se trata de un trabajador de nuevo ingreso o reingreso, éste deberá presentar constancia laboral expedida por el área de recursos humanos, donde se señale el domicilio, fecha de ingreso o reingreso, sueldo categoría, adscripción y régimen laboral.

Por su parte, el Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, regula la expedición de licencias médicas de los artículos 118 a 136; asimismo, en el numeral 118, fracción I, del mismo ordenamiento en comento, señala que las licencias, son el documento médico legal de carácter público, que expiden las unidades médicas en los formatos oficiales a favor del trabajador, en el cual se certifica su estado de incapacidad por enfermedad, maternidad o riesgo de trabajo durante un tiempo determinado, con el objeto de prevenir, proteger, restaurar y/o rehabilitar la pérdida o disminución de sus facultades físicas o mentales.

El responsable de la autorización de las licencias médicas a los trabajadores, es el Director de cada unidad médica o bien, el médico tratante, de acuerdo a lo establecido por los artículos 119 y 120 del Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

La licencia se otorga por un número de días que ampararan la ausencia, el cual se otorgará en función al número de años que tenga el trabajador cotizando al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, para lo cual se toman los parámetros establecidos en el artículo 111 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, los cuales se determinan en la tabla siguiente.

Años de cotización :	Días a que se tiene derecho :
MENOS DE UN AÑO	15 DIAS DE SUELDO INTEGRO Y 15 CON MEDIO SUELDO
DE 1 A 5 AÑOS	30 DIAS DE SUELDO INTEGRO Y 30 CON MEDIO SUELDO
DE 5 A 10 AÑOS	45 DIAS DE SUELDO INTEGRO Y 45 CON MEDIO SUELDO
DE 10 AÑOS EN ADELANTE	60 DIAS DE SUELDO INTEGRO Y 60 CON MEDIO SUELDO

Al respecto, es importante indicar que el artículo 121 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, señala que la licencia médica ampara invariablemente días naturales atendiendo a los criterios que precisa en sus fracciones, que a continuación se transcriben:

I. En las unidades médicas del primer nivel de atención a la salud, los médicos generales, familiares u odontólogos podrán expedir o solicitar licencias iniciales por un periodo de uno a siete días.

Las licencias subsecuentes serán expedidas por periodos de uno a siete días, hasta ajustar un máximo de veintiún días, previa revisión del caso en el expediente clínico y con la autorización del director de la unidad médica o de la persona en quien éste delegue la función;

II. En las unidades médicas del segundo y tercer nivel de atención a la salud, el médico especialista podrá solicitar la expedición de la licencia médica por un periodo de uno y hasta veintiocho días, y

III. En los servicios de urgencias, el médico tratante podrá expedir o solicitar la expedición de la licencia médica únicamente por un periodo de uno a tres días.

El Manual de Operación para el Control de las Incapacidades Médicas, Departamento de Registro, Certificación y Archivo de Personal, señala que los ciclos para el cómputo de las Licencias Médicas deberán ser de un año, tomando como base la fecha de ingreso del trabajador; así como, el cómputo de las incapacidades se hará por servicios continuos y discontinuos, siempre y cuando la interrupción no sea mayor de 6 meses.

Cuando la interrupción sea mayor a 6 meses al reintegrarse el trabajador iniciará con cero incapacidades, es decir no se le acumularán las licencias médicas anteriores a la interrupción laboral.

Al respecto, el artículo 19 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, señala que la licencia sin goce de sueldo, que se concede por enfermedad, se computará como tiempo de servicios, cuando sea concedida por un periodo que no exceda de seis meses. En cuyo caso el trabajador deberá pagar la totalidad de las cuotas y aportaciones a que se refieren las fracciones II a V del artículo 16 y II, III, V y VII del artículo 21 de la Ley del Instituto.

Asimismo, el artículo 111 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, determina que en el caso de que vencieran las licencias con sueldo y medio, y continuará la incapacidad, se prorrogará al trabajador la licencia, ya sin goce de sueldo, hasta totalizar en conjunto cincuenta y dos semanas, de acuerdo al artículo 23 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Sobre el particular el Reglamento de Prestaciones Económicas y Vivienda del Instituto en mención, determina en el último párrafo de su artículo 27, que las licencias concedidas por enfermedades no profesionales, podrán ser computadas como tiempo de servicios hasta por 52 semanas cuando se cubra por el trabajador el total de las cuotas y aportaciones a que se refiere el primer párrafo de ese precepto.

Por otro lado, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en su artículo 23, dispone que durante la licencia sin goce de sueldo, el Instituto cubrirá al asegurado un subsidio en dinero equivalente al 50% del sueldo básico que percibía el trabajador al ocurrir la incapacidad, cuya figura será analizada a continuación.

El subsidio, es la prestación en dinero otorgada por una institución de seguridad social al sujeto de aseguramiento, que pretende cubrir sus percepciones de las que se ve privado con motivo de su inasistencia al centro de trabajo a consecuencia de una enfermedad no laborar que lo incapacita para trabajar.

El subsidio, se genera una vez que concluye la licencia con medio sueldo que concede la dependencia o entidad en que labora el trabajador, este se otorgará hasta por 52 semanas, de conformidad con lo establecido en los artículos 111 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado y 23 de la Ley de la Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado siendo al 50% del sueldo del trabajador.

Al respecto, el Manual de Procedimientos para el otorgamiento de pensiones por riesgo de trabajo y de subsidio por accidentes y enfermedades de carácter general, señala que para dictaminar la procedencia del pago del subsidio, se deben tomar en consideración los aspectos siguientes :

- Fecha de ingreso del trabajador a la dependencia de adscripción.
- Fecha de los periodos cubiertos por la dependencia, con goce de sueldo íntegro y medio sueldo.
- Fecha en que se suspenden el sueldo.
- Número de días que amparan las licencias.

Lo anterior, a fin de precisar el número de días que le corresponden de subsidio de acuerdo a la antigüedad en el servicio y a lo establecido por el artículo 111 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.

De igual forma, menciona que para fijar el monto del pago de subsidio se tomará en consideración el sueldo mensual que percibía el trabajador al inicio de la incapacidad y se dividirá entre 30 días y posteriormente entre dos a fin de obtener la cuota diaria al 50%, o bien el sueldo mensual entre 60 días y se multiplicará por el número de días a subsidiar.

La tramitación del pago de subsidios, se realiza en la Subdelegación de Prestaciones Económicas que le correspondan al trabajador, de acuerdo a su domicilio, para lo cual debe anexar con su solicitud, la constancia de antigüedad y sueldos cubiertos por la afiliada, así como, licencias médicas, de acuerdo a lo señalado en el artículo 45 del Reglamento de Prestaciones Económicas y Vivienda del Instituto.

Cuando se trate de trabajadores que presten directamente sus servicios al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, se deberá presentar copia del formato requisitado por la Subdirección de Recursos Humanos, con el fin de conocer su antigüedad, sueldo que perciban y las licencias registradas; posteriormente la liquidación para el pago del subsidio que corresponda debe ser autorizada por el Subdelegado de Prestaciones Económicas.

La suspensión del pago del subsidio se dará en caso de incumplimiento a la orden del Instituto de someterse el enfermo a hospitalización, o cuando se interrumpa el tratamiento sin la autorización debida, de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 26 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

En caso de que el trabajador cubra las 52 semanas a que tiene derecho y continúe incapacitado, solicitará pensión por invalidez de reunir los requisitos que establece la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y que a continuación se mencionará.

La Pensión, constituye un derecho del trabajador asegurado o sus familiares según sea el caso, el cual genera una obligación a cargo de una institución de seguridad social, consistente en otorgar una prestación de carácter económico, pues se fija una cantidad que debe ser pagada en forma periódica al pensionista, una vez que éste acredite ante dicha Institución, que ha cumplido con los requisitos señalados por la legislación correspondiente.

Asimismo, el **Manual de Procedimientos de Pensiones Directas y Otras Prestaciones Derivadas**, considera que una pensión es la prestación económica de carácter permanente, que en forma directa y personal se concede a los trabajadores que habiendo causado baja definitiva en Dependencias, Entidades o Agrupaciones incorporadas al régimen obligatorio de la Ley del Instituto, satisfagan plenamente los requisitos de edad y/o tiempo de servicios establecidos.

De ambas consideraciones se desprende que, para otorgarse dicha prestación es necesario que previamente se cumplan los requisitos de edad y/o tiempo de servicios establecidos, así como, los demás que se indiquen para cada caso, en la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y los reglamentos de esta, cuyo señalamiento se apega a lo dispuesto en los artículos 9° y 48 de la Ley del Instituto en cita.

En ese orden de ideas, podemos concluir que la concesión de una pensión, constituye un acto administrativo unilateral, mediante el cual una institución de seguridad social hace el reconocimiento formal del derecho originado por el trabajador, que cumplió con las condiciones de edad y/o tiempo de cotización establecidos en la Ley; cuyo beneficio es determinado en el documento que recibe el nombre de "concesión de pensión", en el cual se establece el tipo de pensión, duración (para las pensiones directas, es decir aquellas que se otorgan al trabajador, son carácter vitalicio) y monto de la misma.

En efecto, la pensión es un derecho que adquiere el trabajador como consecuencia de las cuotas que hace por determinado número de años, las cuales se ven aumentadas con las aportaciones que las entidades y dependencias, están obligados a dar por disposición legal, y las cuales integran un fondo, del que se toman, en un momento dado, las cantidades individuales que se les conceden.

Estas cuotas tienen por objeto, procurar los medios de subsistencia necesarios en los casos de interrupción involuntaria de las actividades profesionales; pero al mismo tiempo, buscan ser una previsión ante una la incapacidad para trabajar a consecuencia de la vejez o invalidez, y garantizar, aunque sea en parte, a la familia que será un medio de solventar dichos riesgos.

De las pensiones que otorga el Instituto tenemos a la pensión por invalidez, respecto de la cual comenzaremos por definir el término de "invalidez", el cual se distingue como una enfermedad incurable y estabilizada que produce una incapacidad permanente para desarrollar actividades físicas o mentales que desempeñaba un trabajador en su centro de labores.

En consecuencia, podemos considerar que la pensión de invalidez, es la prestación en dinero otorgada por una institución de seguridad social a un asegurado que se haya imposibilitado física o mentalmente para llevar a cabo su trabajo, a consecuencia de una enfermedad que no se ha desarrollado o provocado por el desempeño cotidiano de sus labores en el trabajo.

De lo anterior, se deriva que se haga especial hincapié en que el accidente o enfermedad no deben ser profesionales, en virtud de que de ser así, esta pensión se otorgará vía seguro de riesgo de trabajo y no de invalidez.

De acuerdo en lo dispuesto por el artículo 67 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado los sujetos a quienes beneficia dicha prestación son únicamente a los trabajadores y la generación del derecho a solicitar la misma se da cuando el trabajador se inhabilite física o mentalmente por motivos distintos de los tipificados como riesgo de trabajo, acto intencional o delictivo y solamente se otorgará tal beneficio, cuando se haya contribuido con sus cuotas al Instituto por un tiempo de 15 años.

Ahora bien, para el otorgamiento de una pensión se llevan a cabo cuatro fases que las podemos distinguir como sigue: La primera de ellas, es la petición por escrito que formula el trabajador o familiar anexando las documentales que se requieren para cada tipo de pensión; la siguiente cuando el Instituto obtiene los elementos necesarios para fijar su criteriío, en la tercera el Instituto analiza la documentación correspondiente para dictar su resolución; y la última, se da a conocer al interesado su decisión surtiendo sus efectos legales.

Al respecto, cabe mencionar que el artículo 12, fracción III, del Reglamento de Prestaciones Económicas y Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, determina un tiempo de cotización distinto al previsto por la Ley, pues el primer ordenamiento señala como tiempo de cotización 14 años, 6 meses un día, lo cual es contrario a la ley debiendo prevaler lo estipulado por esta, por simple orden jerárquico.

Ahora bien, la vigencia de la concesión de dicha pensión, comienza a partir del día siguiente a aquél en que se produce la baja definitiva por causa de la inhabilitación; para la cual será necesario contar con el dictamen médico, documento que será analizado posteriormente.

El monto de la pensión por invalidez, comprende una percepción o pago mensual, resultante de aplicar al promedio del sueldo básico sobre el que cotizó durante el último año laborado, el porcentaje que corresponde de acuerdo con la tabla señalada en el artículo 63 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, de dicha tabla cabe destacar que inicia a partir de los 15 años de cotización y/o servicios, por cuyo tiempo se otorga el 50% del monto de la pensión.

La pensión de invalidez puede tener el carácter de temporal o definitiva, será temporal cuando se otorgue por un tiempo determinado, ya que el trabajador tiene la posibilidad de recuperarse, y definitiva cuando el estado de invalidez se estime de naturaleza permanente e irreparable.

Asimismo, el artículo 68 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado señala como requisitos para ser otorgada: la solicitud del trabajador o de sus representantes legales y el dictamen médico que certifique la existencia del estado de invalidez.

Por su parte, el Reglamento de Prestaciones Económicas y Vivienda del Instituto, en sus artículos 12 fracción III, y 13 señalan como requisitos del otorgamiento de la pensión por invalidez, el dictamen médico, a demás de cumplir con el tiempo de cotización, anexar a la solicitud la hoja única de servicios, la licencia pre-pensionaria, el aviso oficial de baja y la copia certificada del acta de nacimiento.

De acuerdo con las consideraciones anteriores, es importante determinar que el dictamen médico, es el documento esencial para otorgar dicha pensión, por lo que se haya determinado a ciertas condicionantes para que tenga plena validez, como lo son:

- Que su expedición no rebase el término de 6 meses anteriores a su presentación para efectos del trámite de pensión por invalidez; y
- Que en el diagnóstico del padecimiento, se indique que sea por causas distintas a las tipificadas como riesgo de trabajo;
- En el resultado del padecimiento se aclare tácitamente que el afectado se encuentra impedido en forma total o permanente para desempeñar cualquier tipo de trabajo; y
- Que la enfermedad no es provocada por el uso de drogas o estupefacientes, actos intencionales y actos delictivos.

Cuyos últimos requisitos se derivan de los propios supuestos jurídicos previstos por la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en sus artículos 69 y 71, los cuales especifican en que casos no se concederá y se suspenderá la pensión por invalidez; siendo causas de suspensión de dicha pensión las siguientes :

- Cuando el pensionista desempeñe algún cargo o empleo remunerado incorporado al régimen obligatorio de la Ley del Instituto Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- En el caso de que el pensionista se niegue injustificadamente a someterse a las investigaciones que en cualquier tiempo ordene el Instituto se practiquen, o se resista a las medidas preventivas o curativas a que deba sujetarse
- Que no se informe al Instituto sobre el otorgamiento de otra pensión y que está sea incompatible con la de invalidez.

Sobre las últimas dos causas, es importante mencionar que la incompatibilidad de las pensiones, comprende un nuevo concepto determinado por la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el cual tiene como finalidad delimitar el derecho a percibir más de una pensión, ya que determina en que casos son compatibles las pensiones y en cuales no, es decir, cuando se puede recibir en forma simultánea más de una pensión, dada la coexistencia entre las pensiones. Por lo que, la pensión por invalidez es compatible con el disfrute de una concedida por viudez o concubinato.

En ese sentido, el artículo 56 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, establece que la pensión de invalidez será incompatible con la de retiro por edad y tiempo de servicios, por lo que se deberá conceder una sola de ellas a elección del pensionista, tal consideración se deriva de que el pensionista es beneficiario directo en ambas pensiones; por lo que no es posible la coexistencia entre ellas, ya que la pensión por invalidez puede ser temporal, lo cual significa que el trabajador puede volver a desempeñar sus labores y en la de retiro por edad y tiempo de servicios, es definitivo, esto es, que no volverá incorporarse a sus labores una vez que cumpla los 55 años de edad y 15 años de servicio.

Por último, debe señalarse las causas por las que se revocará la pensión por invalidez, siendo estas las siguientes:

- Cuando el trabajador recupere su capacidad para el servicio; y
- Si el trabajador no aceptare reingresar al servicio, o bien estuviese desempeñando cualquier trabajo remunerado.

Los motivos de revocación dejan en total claridad que, el trabajador se encuentra en óptimas condiciones para desempeñar las actividades propias a sus labores que venía desempeñando antes de sufrir la enfermedad que le causó la invalidez.

Por último, cabe precisar lo que se entiende por prestaciones de acuerdo al Manual de Sueldos y Prestaciones para los Servidores Públicos de Mando de la Administración Pública Federal, emitido el 27 de enero del 2000, por el Secretario de Hacienda y Crédito Público, al cual son sujetos los servidores públicos de mando y homólogos de la Administración Pública Federal Centralizada y Paraestatal, entendiéndose por dichas personas a los servidores públicos de confianza que ocupan los puestos de Jefe de Departamento, Subdirector, Director de Área, Director General Adjunto, Director General, Jefe de Unidad, Subsecretario y homólogos a cada uno de ellos, y Secretario de Estado.

Por ende, quedan excluidos de la aplicación de dicho Manual, según lo señala el mismo, el personal operativo de base y de confianza de las dependencias y entidades, el personal de carrera y asimilado del Servicio Exterior Mexicano; el personal docente y directivo de los modelos de educación básica, media superior y superior; el personal de ramas médica, paramédica y grupos afines; al personal de la Secretaría de Marina y de la Defensa Nacional, de seguridad pública y ministerios públicos federales, así como las personas que prestan sus servicios en las dependencias y entidades mediante contrato de servicios profesionales por honorarios.

Para los efectos del Manual en comento, las prestaciones son los beneficios adicionales que reciben los servidores públicos en razón de su sueldo y del grupo jerárquico al que pertenezcan. Dichas prestaciones podrán ser modificadas por la Secretaría, de conformidad con el marco jurídico aplicable y se sujetarán en todo momento a los presupuestos y a las disposiciones normativas que establezca el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación del año correspondiente.

Las prestaciones se clasifican de acuerdo a dicho Manual en: Seguridad Social, Económicas, Seguros e Inherentes al puesto; de las cuales solo ubicaremos a las tres primeras debido a la importancia que tienen con nuestro tema; las primeras son los beneficios que reciben los servidores públicos, de conformidad con la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, y las segundas, aquellas que reciben los servidores públicos conforme a la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal y su Reglamento y acuerdos del Ejecutivo Federal, cuyas provisiones en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación del año correspondiente. Las prestaciones económicas consisten en: prima quinquenal, prima vacacional, aguinaldo, pagas de defunción y ayuda para despesa.

Los Seguros, son beneficios adicionales que se otorgan a todos los grupos jerárquicos a que se refiere el Manual, estas prestaciones las establece el Ejecutivo Federal en consideración a las necesidades de los servidores públicos, con el fin de coadyuvar a su estabilidad económica y al bienestar de su familia. Estos seguros protegen a los servidores públicos en materia de vida, incapacidad total y permanente, retiro, gastos médicos mayores, y separación individualizada, y cuyo monto de la prima varía de acuerdo a la estimación de riesgo que realice la aseguradora.

De los seguros que señala el Manual en cita cabe mencionar el Seguro Institucional y el de gastos médicos mayores, los cuales son previstos en dicha normativa en los términos siguientes:

El Seguro Institucional es un beneficio que otorga el Ejecutivo Federal a los servidores públicos, que tiene por objeto cubrir los siniestros de fallecimiento o de incapacidad total y permanente de los mismos, con el que se garantiza su seguridad y la de su familia, mediante el pago de una suma asegurada básica que consiste en un pago de 40 meses de sueldo integrado.

Las dependencias cubren el pago de la prima correspondiente a la suma asegurada básica, la cual equivale al 1.8% del sueldo integrado bruto del servidor público. La suma asegurada básica puede en forma voluntaria ser potenciada por el servidor público a 74.91 o 108 meses, para lo cual debe cubrir un porcentaje adicional equivalente al 1, 1.5 o 2% de su sueldo integrado bruto, respectivamente.

El seguro de gastos médicos mayores es un beneficio que cubre a los servidores públicos de mando, homólogos y a cónyuge e hijos, ante la eventualidad de un accidente o enfermedad que requiera tratamiento médico, cirugía u hospitalización.

La suma asegurada básica tiene un rango de 111 a 333 salarios mínimos generales mensuales vigentes en el Distrito Federal, dependiendo del nivel salarial del servidor público, cuya prima, así como las de su cónyuge e hijos son cubiertas por la Secretaría, por disposición del Ejecutivo Federal.

El servidor público puede voluntariamente hacer extensiva la suma asegurada básica a que se refiere el párrafo anterior para proteger a sus ascendientes, en cuyo caso debe pagar una prima igual a la que se cubre en su favor el Ejecutivo Federal.

La suma asegurada básica puede voluntariamente ser ampliada a rangos superiores y hasta 1,000 salarios mínimos generales mensuales vigentes en el Distrito Federal, mediante el pago de la prima por parte del servidor público, que al efecto determine la aseguradora.

3.2. EL SEGURO DE ENFERMEDADES Y EL REGLAMENTO DE SERVICIOS MEDICOS DEL ISSSTE.

El Reglamento de Servicios Médicos, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, vigente a partir del 3 de octubre de 2000, como cualquier otro Reglamento se ha expedido a fin de facilitar la exacta observancia de la Ley del ISSSTE, en cuanto a la ejecución de los seguros prestaciones y servicios en materia de salud establecidos en la Ley.

De ahí que en términos del artículo 1º del Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, se señale como objetivo, regular el otorgamiento de los seguros, prestaciones y servicios en materia de medicina preventiva, enfermedad y maternidad, rehabilitación, y la asistencia médica integrada derivada de los riesgos de trabajo, que se proporcionan en las unidades médicas conforme a la Ley del propio Instituto.

En ese sentido, dicho Reglamento de Servicios Médicos, únicamente se encargara de regular las prestaciones en especie relativas al servicio médico que proporciona el ISSSTE, pues en cuanto a las prestaciones en dinero, será previsto por el Reglamento de Prestaciones Económicas y Vivienda del Instituto, y las cuales ya han sido mencionadas en párrafos precedentes.

Por lo tanto, el Reglamento de Servicios Médicos, se concreta en determinar los tipos de licencias y las formalidades para su emisión, las unidades administrativas del Instituto encargadas de su expedición, así como, fijar el número de días que amparara cada un de ellas, y las formalidades que hacen validas; por ende, las licencias, regula la actuación de los funcionarios emisores como de los trabajadores que las solicitan, por lo que en tal Reglamento dedica todo un capítulo para su especificación, el cual queda expresado en el Capítulo VI, Sección Primera, de los artículos 118 a 132 del propio ordenamiento legal en cita.

Sin embargo, no hace especificación alguna sobre en que momento se aplicarán las licencias "con" y "sin" goce de sueldo, pues ello esta únicamente reservado al artículo 111 de La Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.

No obstante lo anterior, es importante precisar que el Reglamento de Servicios Médicos, va más allá de la exacta observancia de la Ley del ISSSTE, pues este en su artículo 49 establece una limitante en cuanto a la cobertura del seguro de enfermedades que no se encuentra prevista por la propia Ley, lo que hace ilegal e inconstitucional dicho dispositivo, pues es de explorado derecho que no puede haber reglamentos autónomos, pues ello rompería con lo dispuesto por el artículo 89 fracción I de la Constitución, que establece que la expedición de los Reglamentos es para la exacta observancia de la Ley.

En efecto, dicha irregularidad se desprende de lo señalado en el artículo 49 del Reglamento, mismo que dispone:

“Artículo 49. El seguro de enfermedades no cubre:

I. Los procedimientos y tratamientos médicos, quirúrgicos y odontológicos no considerados en la normatividad emitida por la Subdirección General, y

II. Los aparatos de prótesis, órtesis, ortopedia y ayudas funcionales que no deriven de los accidentes de trabajo.”

La hipótesis del artículo en comento no tiene sustento legal alguno, toda vez que tal situación no se encuentra prevista por alguno de los numerales que van del 23 a 29 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, por lo que toda actuación de la autoridad que se sustente en dicho precepto debe tenerse por ilegal, pues no hay que pasar por alto que la autoridad solo puede hacer lo que la ley le permite, y que un reglamento no puede rebasar los límites de la ley.

Por último, es importante mencionar que el artículo 47 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, toma lo dispuesto por el último párrafo del artículo 23 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el cual prevé la obligación del trabajador (paciente) y de la dependencia o entidad donde labore de notificar el inicio de la enfermedad, misma que es determinante para computar el plazo de cincuenta y dos semanas a que se refiere el propio numeral.

Lo anterior se desprende de lo dispuesto por el artículo 47 fracción I del Reglamento en estudio, y el cual prevé lo siguiente:

“Artículo 47. En caso de enfermedad, el trabajador deberá acudir a su unidad médica de adscripción para que el médico tratante constate el comienzo de la misma, teniendo derecho a recibir:

I. Atención médica diagnóstico, odontológica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación necesarias, durante un plazo máximo de 52 semanas para una misma enfermedad; término después del cual, de continuar con el padecimiento, el Instituto procederá conforme a lo dispuesto en la Ley”

Ahora bien, el artículo 23 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado señala que, el Reglamento de Servicios Médicos del Instituto, determinara que se debe entender por el concepto de “una misma enfermedad”, el cual para nuestro criterio viene a ser una limitación a nuestro derecho de protección a la salud previsto por el artículo 4° Constitucional, pues condiciona la prerrogativa de prestación del servicio de atención médica, que se debe otorgar en beneficio de nuestra salud, al hecho de que sea una única enfermedad, lo cual es totalmente contrario a derecho.

En efecto, dicha condición va en contra del propio objeto de la seguridad social que en el caso ha sido la protección de la salud, puesto que no debe pasarse por alto que este nace y se deriva de la Constitución, al constituir una garantía social; por ende, es claro que su regulación en la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, prohíbe el ejercicio de ese derecho, máxime cuando la salud no puede implicar criterio razonable e incluso justificativo, que permita diseñar un tratamiento particular que limite o prohíba el ejercicio de su protección.

En ese orden de ideas, también se opone al derecho prestacional que lleva implícito, el cual contiene una obligación de dar bienes o proporcionar servicios a favor del sujeto titular del seguro de enfermedades; por lo que, sin lugar a dudas tal condición es inconstitucional, al pretender limitar un derecho fundamental; situación que será analizada en el siguiente capítulo.

CAPITULO IV

ANÁLISIS JURÍDICO DEL SEGURO DE ENFERMEDADES PREVISTO POR LA LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, ANTE EL CASO DEL TRABAJADOR CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

CAPITULO IV

4. ANÁLISIS JURÍDICO DEL SEGURO DE ENFERMEDADES PREVISTO POR LA LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, ANTE EL CASO DEL TRABAJADOR CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

4.1 ANTECEDENTES Y DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

4.1.1. ANTECEDENTES.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o como se le conoce más comúnmente, SIDA, es una enfermedad nueva y mortal. Es causada por un virus llamado "virus de inmunodeficiencia humana" o HIV.

El crédito del descubrimiento de este virus lo comparten investigadores franceses y estadounidenses, aunque fue el grupo del Instituto Pasteur en París, a cargo del Dr. Luc Montagnier, quien primero anunció su descubrimiento al inicio de 1983. Estos investigadores llamaron al virus LAV (del inglés lymphadenopathy associated virus), o virus relacionado con linfadenopatía. El grupo estadounidense, a cargo del Dr. Robert Gallo, lo denominó virus HTLV-3 (del inglés human T-cell lymphotropic virus type-3), o virus linfotrópico de células T humanas tipo 3. Para simplificar, los investigadores han acordado utilizar el término HIV.(51)

En Francia y en los países de lengua española se creó una sigla análoga: SIDA, anagrama de AIDS, que significa Síndrome de Inmuno-Depresión Adquirida (o Síndrome de Inmuno-Depresión Adquirida). Su adopción en la lengua hablada y escrita fue progresiva: SIDA.

(51). DIANE RICARSON, LA MUJER Y EL SIDA, Editorial El Manual Moderno, S. A. de C.V., pág. 4

La adopción del nombre es ya definitiva, sin embargo, fue fijado demasiado pronto y la evolución de los conocimientos lo ha vuelto impropio. Los términos AIDS y SIDA designan expresamente un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas que constituyen una individualidad clínica pero no etiológica; esto se debe a que en el momento de su creación todavía reinaba la incertidumbre acerca de la verdadera naturaleza y la causa de la extraña afección; según la definición dada a comienzos de 1983 por los investigadores estadounidenses y adoptada después por la Organización Mundial de la Salud, el SIDA se caracteriza por la aparición de un síndrome tumoral o de las manifestaciones infecciosas calificadas de oportunistas o bien por la asociación de ambas.

La situación cambió radicalmente cuando se demostró que, el SIDA en estado clínico, era el resultado de la acción de un virus específico, por lo que se dio una nueva en la que se estableció como un estado patológico debido a la infección, por el virus HIV; por lo tanto, el SIDA no es ya un síndrome, sino una enfermedad transmisible causada por retrovirus. La estructura del HIV y su modo de acción biológico fueron comprendidos en lo esencial entre 1984 y 1986.

El aspecto biológico del SIDA se determina como un virus de RNA, un retrovirus típico, de forma esférica y de peso molecular muy elevado, su parte esencial es la banda de informaciones genéticas, que está contenida en una cápsula proteica ("corre" o "nucleoide") encerrada a su vez en una cápsula lipídica con dos glicoproteínas, cada virión tiene dos filamentos de RNA, lo que recuerda la disposición doble de los cromosomas celulares.

4.1.2. DESCRIPCIÓN

En primer término, debe señalarse que es un virus, este se conceptualiza como partículas vivas muy simples constituidas únicamente por una envoltura, dentro de la cual se encuentran los genes, los cuales le permiten reproducirse para dar origen a nuevos virus y así perpetuarse; asimismo, el virus dentro de la célula que lo protege roba a ésta sus propias proteínas para formar nuevos virus, lo que termina en la destrucción de la célula y en la salida de nuevas partículas vírales.

En el caso del SIDA, el virus penetra en el citoplasma de la célula infectada, produciendo un bioquímico compuesto por dos enzimas específicas, las cuales reciben el nombre de transcriptasa inversa, porque se transcribe en DNA a fin de entrar en el núcleo de la molécula, pasando a ser parte de su cromosoma; una vez que se integra así al genoma de la célula infectada, la información genética del virus pierde transitoriamente su individualidad y puede persistir durante varios

años en esa forma latente, lo cual hace aparentemente a la célula normal, por lo que se considera que el virus ha desaparecido; sin embargo, el virus se ha ocultado bajo la forma de un provirus, pegado al DNA de su huésped, iniciando así la replicación viral por la propia célula huésped y su diseminación a otras células.

El proceso culmina con la producción de alteraciones inmunológicas persistentes asociadas a la disminución paulatina de linfocitos T-4 o colaboradores (que son las células de defensa del organismo humano) y con la eventual invasión de las células gliales (células del sistema nervioso central), lo cual explica las manifestaciones neurológicas que se presentan en la fase terminal de la enfermedad.

En relación con lo antes expresado, podemos señalar como principales características biológicas descriptivas del virus VIH, las siguientes:

- Es un virus clasificado como un retrovirus, porque sus genes están hechos de ácido ribonucleico o RNA.
- Contiene una sustancia o enzima llamada transcriptasa inversa, cuya función es cambiar el mensaje genético de RNA a DNA (ácido desoxirribonucleico), a fin de poder parasitar libremente a la célula humana.
- Es conocido como un lentivirus, actúa muy lentamente por espacio de años.
- Otra de sus características biológicas del VIH es su capacidad de mutación, ya que cambia las características de su envoltura contra la cual se dirigen los anticuerpos que elaboran las células de defensa del organismo y que pretenden eliminarlo.
- El período de incubación propiamente dicho dura en general entre seis y ocho semanas, pero puede ser mucho más largo (a veces los anticuerpos no aparecen en la sangre hasta varios meses después de la infección).

El virus del HIV se transmite por tres vías: contacto sexual, introducción parenteral de la sangre y sus productos, y pasa de la madre al feto o al niño de pecho, también es posible la transmisión del SIDA por medio del trasplante o injerto de

tejidos y órganos infectados. El HIV es responsable de numerosos estados de enfermedad, cuya gravedad varía según una graduación que va de una inmunodepresión casi asintomática e infecciones oportunistas relativamente benignas a los tumores nefastos, los ataques cerebrales y las infecciones oportunistas fatales, que serán señaladas posteriormente.

El período de incubación, es considerado en la gran mayoría de los casos, como un estado de cronicidad de baja resonancia, ya que durante esa fase, el individuo se encuentra libre de síntomas, y las pruebas de laboratorio aún son negativas, de ahí que se le designe como silencio clínico.

Una vez transcurrida la etapa del silencio, el individuo infectado desarrolla anticuerpos específicos contra el virus, es decir, se convierte en seropositivo. Durante la etapa de seroconversión, algunos pacientes presentan un cuadro agudo caracterizado por fiebre, dolor de garganta, crecimiento de ganglios, dolores musculares, diarrea, vómitos y diversos trastornos neurológicos. Este cuadro desaparece en forma espontánea, en dos o tres semanas, sin tratamiento alguno; sin embargo, el individuo permanece infectado, y aún existe la posibilidad de contagiar a otras personas y de evolucionar a la enfermedad.

Desde que el individuo se vuelve seropositivo, hasta que desarrolla la enfermedad, puede transcurrir de uno a diez años o más; esta etapa se conoce como infección asintomática.

Del paso de infección asintomática a una enfermedad, el 60% de los individuos infectados permanecen asintomáticos, aproximadamente progresan a SIDA en un lapso que transcurre entre los cinco y los seis años, aunque prácticamente todos se enferman al cabo de diez años.

No obstante, cabe mencionar que las fases antes precisadas no tienen una duración predeterminada, ya que su duración depende de la exposición del organismo a los "cofactores", y por consiguiente es muy variable la determinación exacta del periodo de duración entre cada una de ellas; toda vez que el desencadenamiento de la enfermedad dependerá de la inmunoestimulación, es decir, de la activación de las células que son la "policia" del organismo, es muy posible que las sobreinfecciones sean una especie de detonador que hace estallar la carga viral.

En la fase propia de la enfermedad del SIDA, se presenta una amplia gama de síntomas, algunos debidos al efecto directo del VIH sobre las células; otros a las infecciones o a los tumores secundarios que acompañan a la enfermedad, la cual la podemos distinguir por las siguientes características clínicas:

- Fatiga intensa persistente por varias semanas sin causa obvia.
- Ganglios linfáticos tumefactos, por lo general ambos lados, en las regiones cervical, axilar e inguinal.
- Pérdida inexplicable de peso, mayor de 4.5 Kg., en dos meses.
- Fiebre persistente o sudoraciones nocturnas durante varias semanas.
- Acortamiento persistente de la respiración y tos no productiva de varias semanas de duración.
- Afección cutánea (sarcoma de Kaposi): Manchas nuevas de color rosa o violeta planas o elevadas, como un moretón o una vejiga con sangre, pueden encontrarse en cualquier parte de la piel incluyendo boca o párpados.
- Tubo digestivo.- Algodoncillo, el SIDA puede presentarse con candidiasis bucal o esofágica. El algodoncillo bucal es muy común en pacientes con SIDA.
- Sistema nervioso central.- letargo, depresión y en las etapas finales, demencia. Se piensa que HIV puede afectar directamente tejidos nerviosos (neutrópico) y causar encefalitis aguda o subaguda (encefalopatía del SIDA), que tal vez explique los transtornos del sistema nervioso que se observan en el SIDA." (52)

Es difícil determinar el porcentaje de infección sintomática primaria por HIV, ya que los síntomas tienden a ser inespecíficos, pueden causar pocas molestias, pasan en gran parte inadvertidos por el paciente y suelen ser evaluados retrospectivamente.

La naturaleza devastadora de la deficiencia inmune del SIDA toma a los individuos previamente sanos en sensibles a una gran variedad de infecciones oportunistas y afecciones malignas, debido a que tal virus debilita en forma progresiva las defensas del cuerpo humano.

(52) DR. VICTOR G. DANIELS, SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida), Editorial El Manual Moderno, S.A. pp. 89-90

En efecto, la persona contagiada por el virus HIV aparentemente continúa completamente sana durante muchos años, cuando la defensa del cuerpo se debilita aumenta el riesgo de que se presenten las llamadas infecciones oportunistas, las cuales son infecciones causadas por parásitos, hongos, y bacterias que se encuentran a nuestro alrededor, sin que nos provoquen el desarrollo de una enfermedad debido a nuestras defensas que nos hacen inmunes.

Las infecciones oportunistas, son lo bastante raras en una población inmunológicamente normal; asimismo, sugieren una deficiencia inmune celular, cuya gama de afecciones incluye protozoarios, virus, bacterias y hongos, que terminan por aislar al paciente con el virus, debido a las múltiples afecciones que pueden causar en un enfermo de SIDA. Dicha gama de enfermedades, las podemos agrupar en tres grupos, siendo las que afectan a los pulmones, las que incluyen el intestino y las que afectan al sistema nervioso, dentro de las cuales tenemos a las siguientes:

AGENTES	SITIOS DE INFECCION	MANIFESTACIONES CLINICAS MAS COMUNES EN EL SIDA
PROTOZOARIOS		
Pneumocystis carinii Toxoplasma gondii	Pulmones Cerebro sangre linfáticos,	Neumonía Abscesos Infecciones diseminadas
Giardia lamblia Entamoeba Histolytica	Intestino y vías biliares Intestino, hígado	Diarrea Diarrea
Cryptosporidium Enteritis	Intestino	Diarrea
VIRUS		
Herpes simple	Boca, genitales, glúteos, manos Cerebro	Lesiones ulcerosas Infecciones diseminadas
Citomegalovirus	Pulmones Ganglios linfáticos,	Neumonía Infecciones diseminadas

	Hígado, sangre Ojos Intestino	Retinitis Colitis
Epstein-Barr	Sangre, cerebro, hígado, ganglios linfáticos.	Infecciones diseminadas
BACTERIAS		
Salmonella (varias)	Intestino	Diarrea Septicemia
Shigella flexneri	Sangre Intestino	Diarrea Tuberculosis
Mycobacterium Tuberculosis	Pulmón	
Mycobacterium avium- intracellularea	Hígado, ganglios linfáticos, bazo, médula ósea.	Linfadenopatía e infecciones diseminadas
HONGOS		
Cryptococcus neuformans	Cerebro Pulmones Piel	Meningitis Neumonía Infecciones diseminadas
Aspergilosis	Pulmón, cerebro	Neumonía e infecciones diseminadas
Histoplasmosis	Pulmón, piel, ganglios linfáticos	Neumonía e infecciones diseminadas
Candida albicans	Boca, garganta, esófago	Algodoncillo bucal y esofagitis.

Las **infecciones diseminadas** indican afección de pulmones, múltiples ganglios linfáticos y otros órganos internos.

La afección maligna que se diagnostica con mayor frecuencia en el SIDA, es el sarcoma de Kaposi, es un cáncer de piel y tejidos conjuntivos. No se conoce la célula exacta de origen aunque se piensa que surge de las endoteliales, como las que recubren vasos sanguíneos.

La transformación maligna causa graneado de la pared interna de los vasos sanguíneos pequeños, con células tumorales en forma de hueso; es posible observar un cuadro similar, cuando el sarcoma de Kaposi afecta ganglios linfáticos y órganos internos. El crecimiento continuo del tumor puede producir obstrucción linfática y, como resultado los miembros afectados se tornan tumefactos y los órganos pueden congestionarse y crecer. El tumor no da metástasis, es multifocal y afecta numerosos sitios, con predilección por el aparato digestivo de la boca al ano." (53)

Como una de las características clínicas de la enfermedad, es que suelen aparecer placas de color violeta o azul, en especial en la piel de las extremidades inferiores, particularmente en los pies, aunque es posible que algunas lesiones se presenten en cualquier otra parte de la piel o mucosas, y en el aparato digestivo puede haber una o cientos de ellas y con frecuencia se acompañan de edema circundante que indica la infiltración del tumor en linfáticos o venas, estas lesiones cutáneas con frecuencia pueden ulcerarse. En pacientes con sarcoma de Kaposi, puede ser mayor la frecuencia de afecciones malignas secundarias, en particular el linfoma.

4.1.3. PROCESO DE DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

El indicador clínico más importante del avance de la enfermedad del SIDA y sus complicaciones en los pacientes es su capacidad funcional, la cual también es el parámetro del tipo de manejo o servicios médicos, que deben dársele al paciente; por ende, señalaremos cuál es la situación funcional que el paciente presenta al ser cero positivo y al estar en la fase terminal.

4.1.3.1. EL PACIENTE CERO POSITIVO.

El paciente cero positivo, será aquél que es determinado como paciente infectado del virus VIH, como resultado de los tests serológicos de identificación del virus. El tests detecta la presencia en el suero examinado de anticuerpos específicos que el cuerpo humano produce, cuando su sistema de defensa inmunológico entra en contacto con una sustancia orgánica extraña, especialmente un agente bacteriano o viral, los anticuerpos son los correspondientes bioquímicos de los antígenos virales, es decir, una especie de "estructura en negativo" de las proteínas que constituyen la cubierta y la cápsula interna del virus.

(53) *Idem.* p. 98-99

El test más simple y rápido es el llamado ELISA (Enzyme-Linked Immuno- Sorbent Assay), que consiste en mostrar por una reacción coloreada la presencia de moléculas que se ligan de manera específica a las proteínas purificadas del HIV.

Los tests Western blot y RIPA (Radio-Immuno Precipitation Assay) utilizan técnicas muy sofisticadas de análisis por electroforesis; su objetivo es identificar las inmunoglobulinas que se fijan por la incubación de proteínas virales con el suero ensayado.

La confiabilidad de un test se mide por su especificidad, cuanto más sensible es un test, menos casos realmente positivos se le escapan; cuanto más específico es, menos casos realmente negativos aparecen como positivos. El test ELISA es sumamente sensible (el número de negativos falsos es en general inferior al 1%) pero insuficientemente específico (aun en las condiciones ideales de un laboratorio de investigación el número de falsos positivos a menudo supera del 2-3%). Los tests Western blot y RIPA dan muy pocos falsos positivos, pero su utilización es más costosa y requieren personal calificado; es evidente, que la identificación debe hacerse con el test ELISA pero no se debe considerar seguro un resultado positivo antes de confirmarlo, con al menos uno de los otros dos test.

El análisis del HIV se hace tras una sencilla muestra de sangre del brazo, y la respuesta suele tardar algo más de una semana, si el análisis muestra que existen en la sangre anticuerpos contra el virus HIV, suele decirse que el resultado es positivo. Los anticuerpos son una señal de que la persona está contagiada por el virus HIV.

Los anticuerpos contra el HIV no se desarrollan hasta unas semanas después de la ocasión del contagio; por eso, pueden pasar hasta tres meses antes de que un análisis del HIV pueda mostrar con seguridad si uno ha sido contagiado ó no.

En el momento del contagio, la capacidad funcional del paciente es normal, ya que no se presentan ningunas molestias, como tampoco ninguna evidencia de la enfermedad, por lo que puede realizar sus actividades cotidianas normalmente, sin necesidad de ningún cuidado especial.

En la fase de ceroconversión, el paciente ve lentamente disminuida su capacidad funcional, sobre todo si ha expuesto a su organismo a los "cofactores", que tienden a activar la carga viral, por lo que se presenta un cuadro agudo

caracterizado por fiebre, dolor de garganta, crecimiento de ganglios, dolores musculares, diarrea, vómitos y diversos trastornos neurológicos; de ahí que se puede presentar una incapacidad para trabajar sobre todo, cuando se está en la fase terminal; sin embargo aún es capaz de vivir en su casa y de atender la mayoría de sus necesidades personales, sin que requiera de hospitalización, por lo que se puede manejar en consulta externa por un especialista.

Durante esta fase de ceroconversión, su capacidad funcional se ubica en cualquiera de los estadios siguientes:

- Autocuidados, incapaz de realizar actividad normal o activo.
- Requiere ayuda ocasional, pero es capaz de atender la mayoría de sus necesidades.
- Requiere ayuda considerable y asistencia médica frecuente.

4.1.3.2. EL PACIENTE TERMINAL

El paciente con enfermedad terminal puede definirse como aquel que tiene fatiga grave, debilitamiento progresivo, puede tener también demencia y la respuesta al tratamiento de las complicaciones agregadas es pobre.

Lo anterior, debido a que en esta fase las infecciones por el virus VIH se encuentran en su plena manifestación, pues casi en su totalidad están destruidas las células de defensa del cuerpo humano (linfocitos T-4), y cualquier manifestación puede afectar al sistema orgánico del cuerpo; por lo que suele suceder que al mismo tiempo padezca varias enfermedades críticas u oportunistas; así como, en el peor de los casos la pérdida de la capacidad intelectual y la movilidad por las enfermedades que se asocian con el HIV.

En efecto, en ésta fase el paciente presenta una amplia gama de síntomas, derivados del efecto directo del VIH sobre las células, otros a las infecciones o a los tumores secundarios que acompañan a la enfermedad; entre los cuales podemos distinguir: cefalea, fiebre, edema cerebral, fiebre continua y desgaste, diarrea grave, desnutrición severa o neumonía con insuficiencia respiratoria, los cuales obligan a hospitalizarlo.

Así mismo, cabe distinguir que el paciente en esta fase, es incapaz de cuidar de sí mismo, debido a que la enfermedad progresa rápidamente, por lo que requiere de asistencia hospitalaria, institucional o su equivalente; podemos concluir que en la fase terminal, su capacidad funcional se ubica en cualquiera de los estadios siguientes:

- Incapacitado, requiere asistencia y ayuda especial.
- Gravemente incapacitado, está indicada la hospitalización aunque la muerte no sea inminente.
- Muy enfermo, hospitalización necesaria se requiere tratamiento de apoyo activo.
- Moribundo, proceso fatal que progresa rápidamente.
- Muerte.

De ahí que se incremente la utilización de los servicios médicos y en especial la frecuente hospitalización, pues es vital para el paciente la prestación de los servicios médicos y farmacéuticos conducentes para tratar de conservar su vida; ya que a través de la aplicación de medicamentos se puede prolongar la vida del paciente, al hacer del SIDA una enfermedad crónica, en lugar de una sentencia de muerte.

En los últimos años se han realizado investigaciones diversas como intentos por desarrollar un tratamiento eficaz para combatir el SIDA; así tenemos estudios del conocimiento sobre prevención de infecciones oportunistas, la aparición de nuevos fármacos antirretrovirales, de uso de esquemas combinados y desarrollo de nuevas técnicas de laboratorio que han permitido mejorar el pronóstico y la calidad de vida para las personas que viven con VIH/SIDA.

Algunos de los fármacos utilizados clínicamente son los del grupo de los inhibidores de la transcriptasa inversa, la cual como ya mencionamos antes, es la proteína que permite que se transporte la información genética del virus al DNA, en las células humanas; es por ello, que inhibiendo dicha proteína, es posible evitar que se difunda el virus para infectar más células en el sistema inmunológico, los fármacos que se encuentran en este grupo incluyen HPA-23, Suramin, Foscarnet y AZT.

La Zidovudina o AZT (**Retrovir**), fue el primer medicamento disponible y que aumento la sobrevida y disminuyó las complicaciones por microorganismos oportunistas; hoy en día su principal utilidad, es en combinación con otros antivirales.

Así también, existen otros fármacos conocidos como los modulares inmunológicos, que estimulan el sistema inmunológico; dentro de este grupo están el interferón gamma, la interleucina-2 y el isoprinosin; sin embargo, estos tienen sus contra indicaciones, ya que utilizándose solos, pueden estimular la multiplicación del virus, por lo que se deben utilizar en combinación con un antiviral.

Sin embargo, para poder determinar el tipo de tratamiento clínico a seguir, es necesario ubicarse en el estadio clínico de la infección, el cual se obtiene midiendo los linfocitos CD4 o en presencia de una infección definitiva de SIDA; por lo que, al paciente se le practican mediciones de linfocitos CD4 cada 6 meses o bien, lo más frecuentemente posible, especialmente cuando hay una rápida disminución del número de linfocitos.

Lo anterior debido a que no será el mismo tratamiento o aplicación de dosis antiviral, que se da a un paciente asintomático y en aquellos pacientes que presentan síntomas, también depende de que sí el paciente ha utilizado ó no antivirales previamente, y su historia de intolerancia a algunos medicamentos, lo cual indica la necesidad de cambiar a otro antirretroviral.

En varios estudios se ha demostrado que el uso de retrovirales disminuye el número de viriones (células del virus VIH) y el desarrollo de resistencia correlaciona con el aumento de la carga viral.

Es importante considerar que el tratamiento con antirretrovirales debe ser continuó, pues cuando se utilizan inhibidores y se suspenden, aparece inmediatamente la resistencia del virus, y por ende, se corre el riesgo de que el tratamiento pierda su utilidad. Por esta razón, tanto las instituciones como los pacientes deben planear el abasto adecuado del medicamento. Asimismo, es indispensable que el médico dedique el tiempo necesario para explicar al paciente el tratamiento que recibirá y la importancia de apegarse a él sin interrupciones.

De lo antes expuesto, es claro que el paciente con el virus VIH o con el desarrollo de la enfermedad del SIDA, indudablemente debe recibir los servicios de asistencia médica y social que tengan como objetivo mejorar su calidad y tiempo de vida; máxime que es un derecho de vida que cualquier ser humano merece y es imposible de negar, el cual es reconocido en nuestro país como una garantía individual prevista en el artículo 4° Constitucional, en el que se establece el derecho a la protección de la salud y ve cumplidos sus objetivos, a través de la prestación de los servicios de salud que den los sectores público, social y privado, que fueron señalados en el capítulo dos de esta tesis.

Es por ello que, los prestadores de dichos servicios deben ofrecer una atención digna y de calidad a las personas afectadas por el SIDA, ya que de acuerdo con la propia evolución de la enfermedad se hace imprescindible para los pacientes la atención médica, el suministro de fármacos y sobre todo la hospitalización, cuyos servicios implican costos altos, y que en su mayoría no son posibles de cubrir por el paciente y sus familiares, quedando como única alternativa para ellos, el que tales servicios sean otorgados por las instituciones médicas de seguridad social, cuando en el mejor de los casos estén incorporados a ellas, pues de lo contrario tendrían que esperar que una asociación o un grupo privado, en conjunción con el sector salud pudiera ayudarles a resolver, tal necesidad de servicios médicos.

En ese entendido, es claro que las instituciones de seguridad social son las que asumen en su mayoría los casos de Sida, debido a que la carga de atención médica y prevención se distribuye en las distintas instituciones que conforman el sector salud, de acuerdo a la proporción de su cobertura y a los casos diagnosticados, por lo que se observa que corresponde un 40.4% de casos a las instituciones afiliadas a la Secretaría de Salud; un 49.9% a la seguridad social y un 10% a instituciones privadas.

De lo que se concluye que, las instituciones que absorben el mayor número de casos y por ende, de población con tal padecimiento, son indudablemente las instituciones de seguridad social, ya que no tan sólo atiende a sus asegurados sino también a aquellos que no cuentan con prestaciones médicas, ya que desde 1997 la Secretaría de Salud (SSA), a través del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), promovió la creación de Servicios Especializados para su atención integral en unidades de segundo y tercer nivel ya existentes en los Servicios Estatales de Salud.

No obstante lo anterior, también es un hecho real que los servicios médicos, hospitalarios y fármacos que se deben otorgar a este tipo de pacientes son caros, debido a que al tratarse de un país en desarrollo, los costos se incrementan permanentemente al ser los insumos y la tecnología de importación, lo cual es costoso para la seguridad social.

En efecto, tomando en consideración las investigaciones de costos realizadas por el Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán, los cuales se determinan por cada día-paciente, se obtiene que un paciente con diagnóstico de SIDA en la fase inicial recibe dos consultas al mes, cuyo costo es de \$26.6 dólares por consulta, y 20 dólares en medicamentos; y tratándose de un paciente con la enfermedad más avanzada y con el suministro de antivirales como ATZ, el costo asciende a \$8 600 dólares. Asimismo, cada paciente es internado en un promedio de 48.2 días por año, a razón de \$200 dólares diarios.

De acuerdo a la información del Instituto antes precisada, la medida de sobrevida después del diagnóstico de SIDA puede llegar a ser mayor de un año, y si por año el paciente llega a consumir \$2,880 dólares en consulta externa, en promedio y \$240 dólares en medicamentos, lo cual aunado a la hospitalización, arroja un total de \$12, 700 dólares anuales.

Sin embargo, los costos asociados con el SIDA pueden verse modificados, pues como hemos comentado antes, el promedio de vida de un paciente puede ser mucho mayor a un año, dependiendo de un tratamiento adecuado y sin interrupciones, así como los cuidados que el paciente tenga de no exponerse a los cofactores que aceleran el desarrollo de la enfermedad, situación que implica un mayor gasto para las instituciones de seguridad social, pues si las cantidades antes precisadas las vamos aumentando por año vida del paciente, lleva a que la institución responda con recortes en fármacos y hospitalización, en su afán por salvar su presupuesto global para la prestación de los servicios de salud a toda su población asegurada.

Lo cual, no debe ser una excusa para no poder solventar la demanda de acceso a los servicios médicos, que los pacientes con SIDA requieren de las instituciones de seguridad social, pues a través de un adecuado financiamiento, al refuerzo a la infraestructura y servicios hospitalarios, se puede responder a tal problemática.

Los recursos financieros son en gran medida la clave para solventar tal situación, es por ello que, no debemos dejar de considerar que existen dos aspectos que

inciden en beneficio de la existencia de tales recursos, como son el hecho de que la fuente de financiamiento es bipartita en el caso del ISSSTE y que no todos los asegurados hacen uso de los servicios médicos prepagados por el seguro obligatorio, pues un grupo mayoritario recurre a la medicina privada, por cuestiones de calidad e incluso ante el temor de verse inmiscuidos en un caso de iatrogenia; Es por ello, que se considera que, sí se cuenta con los medios financieros para solventar y responder al requerimiento de servicios de salud de los enfermos con SIDA.

Además, los problemas de financiamiento de los servicios de salud, se deben a un manejo ineficaz de los recursos y de los programas públicos; así como, en la existencia de una desigualdad en los beneficios derivados de dichos servicios.

Por ende, se reitera que tales circunstancias no deben ser una excusa para no poder solventar la demanda de acceso a los servicios médicos que los pacientes con SIDA requieren de las instituciones de seguridad social, sobre todo cuando es un compromiso social el proporcionar atención médica concreta a personas que se enferman; así como una cuestión de **ética social**, que no es más que la rectitud moral en la configuración de una sociedad humana, la cual se dedica a estudiar las condiciones necesarias para crear una buena sociedad, teniéndose como tal aquella que respete los derechos individuales de los hombres y cuyo acto es necesario para su existencia. Por tanto, se debe atender a los principios de la ética, a fin de subsanar conflictos entre obligaciones individuales y sociales o de aplicar a la nueva situación social normas coherentes de justicia, a través de la propuesta de una nueva estructura que implique el diseño de instituciones y de las leyes que las rigen.

Lo anterior se puede resumir en una simple frase de M. Scott Peck: ***“La salud del individuo depende de la salud de la sociedad, y la salud de la sociedad depende de la salud de sus individuos”***.

Ahora bien, el proporcionar atención médica no tan sólo constituye la satisfacción de una demanda social de justicia, sino también de equidad, si consideramos que este término normativo, implica una tendencia a una mejor distribución de los bienes con el fin de atender las necesidades de los individuos o de los grupos con mayores carencias; en consecuencia, la equidad en nuestro caso, sería la igualdad en la provisión de los servicios médicos a toda la población asegurada, sin distinción o discriminación alguna.

Lo antes expuesto, es acorde con el modelo teórico de salud, que se propuso en los años ochentas por la Secretaría de Salud, y que vale la pena mencionar de acuerdo a los principios que consideraba esta, y el cual se transcribe en la parte que nos interesa y señala que:

“El sistema de servicios es un conjunto de mecanismos debidamente seleccionados y organizados, a través de los cuales los recursos humanos y de infraestructura se ordenan y estatifican por medio de un proceso administrativo y de organización de la tecnología médica y sanitaria para ofrecer prestaciones de salud integral. **Para que estas prestaciones tengan impacto en el nivel de salud y bienestar deben ser accesibles a toda la comunidad, ^{sin} excepciones, tener calidad de uniforme y proporcionarse en forma continua e integral de acuerdo a las necesidades del ser humano.**” (El subrayado es nuestro).

En ese orden de ideas, es claro que la aplicación de la equidad en un sistema de salud, se verá reflejada en la cantidad y calidad de los servicios impartidos para atender problemas específicos de salud; lo cual en nuestro caso en estudio, se determina a través del análisis del número de personas que recibieron atención médica desde la detección del SIDA hasta su fallecimiento, sobre todo en su fase terminal; y el número de personas con SIDA que requieren del acceso a una unidad de atención de salud.

Reflexiones que nos dejan ver claramente que la cobertura de los servicios de salud otorgados a los enfermos de SIDA, no satisfacen las demandas de equidad y justicia que estos requieren, debido a los costos que implica la atención de dicha enfermedad. De ahí que en esta tesis se proponga una reforma del dispositivo legal que prevé el seguro de enfermedades en la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, a fin de evitar la discriminación y asegurar las demandas de atención médica de los asegurados, a través del establecimiento en su ley, del dispositivo legal que prevea ese hecho en forma expresa.

Lo cual es necesario, ya que las instituciones de seguridad social como el ISSSTE, no se guían para la prestación del servicio de acuerdo a las necesidades del ser humano, sino más bien enfocan sus operaciones de atención médica y organización, principalmente de atención primaria, con base al número de personas que se asignan a cada médico, y por lo tanto su **capacidad de atención** depende del número de médicos contratados y de los consultorios disponibles.

Cuyo manejo es incorrecto, ya que ello nos lleva a concluir que no se enfocan los servicios de atención médica de acuerdo a las necesidades reales del paciente que requiere de tales servicios, sobre todo cuando dicha capacidad de atención se ve seriamente modificada ante la existencia de una población asegura potencial y real, pues como se menciona en párrafos anteriores la institución puede tener registrados un número mayor de asegurados al que en realidad reciben los servicios médicos, ya que no toda su población acude a solicitar dichos servicios, ya sea por inconformidad con la calidad de la atención, por preferir otros recursos terapéuticos y sobre todo por la preferencia a la medicina particular.

Tan es así que, las instituciones de seguridad social, conocen la cobertura de la prestación del servicio de salud, mediante el control nominal de quienes son atendidos por un médico familiar o general, complementado por las cotizaciones y la vigencia de derechos, cuya forma de operación es adecuada para sacar el total de los asegurados, más no así, para conocer la realidad de las necesidades de dicha prestación, lo cual debe hacerse a través de un sondeo directo en los hospitales de primer, segundo y tercer nivel, observando los requerimientos de atención de la población asegurada que realmente hace uso y requiere del servicio de atención médica, para así encaminar sus estrategias y políticas sobre dicha prestación.

Aunado a lo anterior, basta señalar como ejemplo la estadística de población asegurada correspondiente al mes de mayo de 2000, emitida por la Subdirección de Afiliación y Vigencia de la Subdirección General de Prestaciones Económicas, que nos indica una población registrada de 6,783,251 personas, que incluye trabajadores y pensionistas y los familiares de éstos, y la cual se refleja en la tabla que se presenta como anexo único (ver página 149).

En ese sentido, la distribución de los servicios de salud se da en razón de una perspectiva global de los asegurados, y no desde un punto de vista real de aquellos que requieren del servicio y lo utilizan, cuya última consideración es, la idónea para orientar la prestación de tales servicios y la asignación de los recursos (personal médico, establecimientos, proveedores, insumos y tecnología), lo cual favorece la productividad y la calidad de los servicios proporcionados; así como, reducir la desigualdad en la distribución de los beneficios de los servicios de salud.

Ahora bien, en el caso a estudio consideramos que se deben asignar mayores recursos médicos y materiales desde un punto de vista utilitario e igualitario, al ser de alta prioridad la atención de salud para los enfermos VIH/SIDA, ya que se trata de un problema tanto individual como social, al tratarse de una enfermedad

transmisible y de rápida diseminación; además de que trae un beneficio a las personas que no están enfermas, pero que debido a las características y circunstancias en que se adquiere la enfermedad podrían estar en peligro de contraerla.

Sin embargo, en la realidad existe una falta de asignación de recursos para la atención de los enfermos de SIDA, pues dichos recursos son encauzados hacia enfermedades que pueden fácilmente curarse, por lo que la mayor atención que se ha dado a esta enfermedad ha sido desde el punto de vista de la prevención, educación y atención de las necesidades básicas.

De ahí que, sea necesario a través de la ley asegurar al individuo sus derechos, cuando padezca el SIDA o VIH, sobre todo que existen centenares de casos de discriminación ante Órganos Jurisdiccionales y en la Comisión de Derechos Humanos, como lo son de niños que han sido excluidos de sus escuelas, de empleados despedidos de su trabajo y despojados de su seguro de vida o salud, y de pacientes que no reciben tratamiento apropiado o se ven obligados por las circunstancias a permanecer en hospitales por encontrarse sin hogar, lo cual por justicia es inaceptable, sobre todo cuando las personas infectadas, al llevar un tratamiento médico adecuado y constante, no presentan síntomas serios, por lo que pueden desempeñarse normalmente.

4.2. ANÁLISIS JURÍDICO DEL SEGURO DE ENFERMEDADES REGULADO EN EL ARTÍCULO 23 FRACCIONES I Y II DE LA LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

La Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en su artículo 23, establece el seguro de enfermedades bajo las consideraciones siguientes:

“Artículo 23. En caso de enfermedad, el trabajador y el pensionista tendrán derecho a las prestaciones en dinero y especie siguientes:

I. Atención médica de diagnóstico, odontológico, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación que sea necesaria desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo máximo de 52 semanas para la misma enfermedad. El reglamento de servicios médicos determinará qué se entiende por este último concepto.

En el caso de enfermos ambulantes, cuyo tratamiento médico no les impida trabajar, y en el de pensionistas, el tratamiento de una misma enfermedad se continuará hasta su curación; y

II. Cuando la enfermedad incapacite al trabajador para el trabajo, tendrá derecho a licencia con goce de sueldo o con medio sueldo, conforme al artículo 111 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado. Si al vencer la licencia con medio sueldo continúa la incapacidad, se concederá al trabajador licencia sin goce de sueldo mientras dure la incapacidad, hasta por 52 semanas contadas desde que se inició ésta. Durante la licencia sin goce de sueldo, el Instituto cubrirá al asegurado un subsidio en dinero equivalente al 50% del sueldo básico que percibía el trabajador al ocurrir la incapacidad.

Al principiar la enfermedad, tanto el trabajador como la dependencia o entidad en que labore, darán el aviso correspondiente al Instituto.”

De la transcripción del dispositivo en estudio, se desprende que la duración del seguro de enfermedades empieza a aplicarse desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo de cincuenta y dos semanas, en ese mismo tiempo se concederán las prestaciones en especie y de carácter económico, a que se refiere la fracción II del artículo 23 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

En ese entendido, es claro que el trabajador se ve limitado a recibir atención médica, pues esta se otorgará por un plazo de 52 semanas, a que se refiere el dispositivo en comento, y cuya fijación de tiempo establece una obligación a plazo, teniéndose por esta a aquella para cuyo cumplimiento se ha señalado un día cierto el que necesariamente ha de llegar.

Ahora bien, para efectos del computo del plazo en mención, el último párrafo del artículo 23 de la Ley del Instituto establece, como punto de partida, el principio de la enfermedad, de ahí que se haya establecido la obligación tanto para el trabajador, como para la dependencia o la entidad, de dar el aviso correspondiente al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Por lo tanto, el computo del plazo de 52 semanas a que tiene derecho el trabajador, se computara a partir del comienzo de una enfermedad, en cuyo sentido, el Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, a fin de proveer sobre la exacta observancia de la Ley, establece en su artículo 46, fracción IV, la definición de lo que debe entenderse por el "comienzo de una enfermedad", y que a la letra dice:

"COMIENZO DE UNA ENFERMEDAD. La fecha determinada o estimada por el médico tratante, o cuando a falta de servicios médicos institucionales en el lugar, el trabajador compruebe el padecimiento. Para este último efecto se considerarán los certificados médicos o cualquier otro medio de prueba, cuya validación estará a cargo del director de la unidad médica más cercana."

En el caso de la enfermedad del Sida, el paciente tiene conocimiento de la enfermedad a partir de que tiene síntomas recurrentes de otras enfermedades, esto es, cuando se está en la fase de Sida, al ver mermado su estado físico, ya que desgraciadamente al no presentarse síntomas no se hace un examen voluntario para detectarlo desde sus orígenes, es decir, desde que es paciente cero positivo, al encontrarse asintomático.

Por ende, si el paciente presenta enfermedades continuas, es claro que va a necesitar en mayor medida los servicios médicos de acuerdo a la patología del virus, ahora el promedio de vida de un paciente va más allá de las 52 semanas (un año cuatro semanas) a que se refiere el dispositivo legal en análisis, toda vez que dados los avances científicos, se han descubierto medicamentos que pueden prolongar la vida del paciente, por lo que es atentatorio a su derecho fundamental a la salud, que cumplido el plazo de 52 semanas, se deje de suministrar los servicios médicos y en especial los medicamentos.

En efecto, como hemos mencionado en párrafos precedentes el virus producido por el VIH desencadena un trastorno progresivo de la función inmune del cuerpo humana y dada su patología no puede restringirse a un periodo de 52 semanas, pues estamos ante una enfermedad de larga duración; a lo cual basta señalar que la incubación del virus puede ser entre seis meses y un año o inclusive más tiempo antes de que aparezcan anticuerpos que nos revelen su existencia; pero para el estudio que nos aboca no tomaremos en consideración dicho periodo de incubación, pues en este el paciente se encuentra asintomático y por ende no requiere de los servicios médicos que proporciona o cubre dicho seguro de enfermedades.

En consecuencia, consideraremos que es a partir de que el enfermo presenta síntomas, cuando podemos empezar a computar el plazo, pues es el momento en el que se presentan síntomas y se requiere de los servicios médicos; en dicho estadio puede durar entre 3 o 5 años, en el cual se presenta desde una linfadenopatía crónica que da paso a una merma continua de los linfocitos T4 hasta caer por debajo de los 400 e incluso llegar a 50 linfocitos, baja que hace propicio el desarrollo de otras infecciones crónicas o diseminadas, y cuya señalamiento de las mismas ha sido indicada al inicio de este capítulo.

Por ende, es claro que la duración de la enfermedad sobre pasa el plazo previsto por el dispositivo legal en comento, dejando en estado de indefensión al trabajador que padezca el SIDA, para exigir su derecho a la salud, es decir, que se proporcionen las prestaciones y servicios necesarios para la conservación de su salud.

Además, al disponer el artículo 23 de la Ley del Instituto que los trabajadores enfermos recibirán el seguro de enfermedades hasta por un plazo de cincuenta y dos semanas, esto implica una limitación para recibir las prestaciones y servicios que se otorgan en razón de dicho seguro; lo cual es violatorio al derecho de la salud, previsto por el artículo 4° de nuestra Constitución, que no puede verse ni restringido ni suspendido en términos del artículo 1° de nuestro máximo ordenamiento legal.

De igual forma, del texto del artículo 23 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, se desprende que indebidamente establece como condiciones para recibir la atención médica hasta la curación de la enfermedad, las siguientes: 1) Que se trate de una misma enfermedad, 2) Que sean enfermos deambulantes y 3) Que el tratamiento médico no le impida trabajar; las cuales no son posibles de cumplir por los enfermos que padecen sida, de acuerdo a las razones que a continuación se expresan.

La condición de "una misma enfermedad", no puede ser utilizado para el caso de la enfermedad del Sida, pues de acuerdo a su sintomatología esta presenta una serie de enfermedades, en razón de que el virus baja las defensas del cuerpo que lo hacen inmune a toda la variedad de bacterias, hongos y gérmenes que se encuentran en el medio ambiente y que hacen presa al individuo; por lo que no puede hablarse de una sola enfermedad, máxime cuando, hay casos en los cuales el paciente puede estar sufriendo dos o más enfermedades al mismo tiempo; por ende, tal terminología no puede ser utilizada para este tipo de padecimiento, al ser demasiado restrictivo.

Ahora bien, el artículo 23 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, se remite a la definición que da el Reglamento de Servicios Médicos sobre el concepto de “una misma enfermedad”, y el cual es previsto en el artículo 46 fracción V de dicho Reglamento, que señala:

“UNA MISMA ENFERMEDAD. La alteración física o mental en el individuo generada por la misma causa o agente etiológico, así como las complicaciones o recaídas que se presenten en su curso, inclusive si éstas resultan por efectos de tratamiento médico o quirúrgico.”

De la transcripción anterior, se desprende que la enfermedad debe derivarse de una misma causa o agente etiológico, lo cual no deja de ser una restricción al derecho fundamental de la salud, pues la intención del legislador, es que quién no se presente en el supuesto en comento no tendrá derecho a recibir las prestaciones y servicios relativos al seguro de enfermedades, por lo que es ilegal su determinación.

Igualmente se ve restringido el derecho a la salud del trabajador, al establecerse en el artículo 23 en estudio, que el tratamiento de una misma enfermedad se atenderá hasta su curación, cuando el enfermo sea deambulante y dicho tratamiento no le impida trabajar; lo cual es una limitación para los enfermos de Sida en el otorgamiento de las prestaciones y servicios de salud, pues al ver disminuidas sus defensas pueden adquirir cualquier enfermedad que al complicarse impida que se presenten a laborar y requieran de atención hospitalaria; además, en la mayoría de las ocasiones presentan cáncer, el cual requiere tratamientos que son muy agresivos para el paciente, haciendo necesario su reposo absoluto.

Por lo cual, consideramos que se ve seriamente limitado su derecho a la salud, toda vez que el dispositivo en comento establece una serie de supuestos para recibir las prestaciones y servicios del seguro de enfermedades, que excluyen al trabajador enfermo de Sida, dada la patología y síntomas que se presentan en dicha enfermedad.

Ahora bien, es importante señalar que cuando un trabajador se encuentra afiliado al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y sufre algún trastorno patológico no profesional que lo imposibilita para trabajar, la forma idónea para demostrarlo, es la licencia médica, que certifica el estado de

incapacidad por enfermedad, expedida por el referido organismo descentralizado, y la cual debe ser presentada oportunamente a la dependencia o entidad del Estado en el que preste sus servicios, a fin de que se tenga conocimiento de esa incapacidad y del periodo fijado en la misma, pues ello ampara al trabajador, al impedir que el nombramiento o la designación dejen de surtir sus efectos, durante el periodo en que se encuentra enfermo.

Sin embargo, el hecho de que se padezca una enfermedad, no impide que el nombramiento o designación, pueda dejar de surtir efectos, pues se corre el riesgo de que si la imposibilidad de laborar se hace permanente, el trabajador puede ser cesado. Lo anterior se desprende de lo dispuesto por el artículo 46 fracción IV, de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, que señala lo siguiente:

“Artículo 46. Ningún trabajador podrá ser cesado sino por justa causa. En consecuencia, el nombramiento o designación de los trabajadores sólo dejará de surtir efectos sin responsabilidad para los titulares de las dependencias por las siguientes causas:

...

IV. Por incapacidad permanente del trabajador física o mental, que le impida el desempeño de sus labores;”

De cuya transcripción anterior, se observa que indudablemente, el trabajador con la enfermedad del Sida, se encuentra en desventaja, pues de acuerdo a la patología del padecimiento, es claro que el paciente requiere en mayor medida ausentarse de sus labores, e incluso puede verse impedido en forma total o permanente para desempeñar cualquier tipo de trabajo, lo cual indudablemente pone en riesgo su nombramiento o designación, pues en términos del propio artículo 46 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, son causas de cese del nombramiento o designación sin responsabilidad para los titulares de las dependencias, que el trabajador se incapacite permanentemente, ya sea física o mentalmente.

Por lo que consideramos que, es de vital importancia que ante cualquiera de las situaciones en comento, opere la pensión por invalidez con independencia del tiempo de cotización, a fin de no privarlo de las prestaciones económicas y del seguro de enfermedades.

En ese orden de ideas, es importante destacar que el artículo 111 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, establece los días que tiene derecho el trabajador para que se le conceda licencia médica, cuyo derecho se

establece conforme a los años de servicio, de igual forma reitera dicho precepto que la imposibilidad para laborar no debe exceder del plazo de 52 semanas, al manifestar en su antepenúltimo párrafo, lo siguiente:

“En los casos previstos en las fracciones anteriores, si al vencer las licencias con sueldo y medio sueldo continúa la incapacidad, se prorróga al trabajador la licencia, ya sin goce de sueldo, **hasta totalizar en conjunto cincuenta y dos semanas**, de acuerdo con el artículo 22 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.” (Lo resaltado en negrillas es nuestro).

De ahí que, sea necesaria la adición de una fracción III a dicho artículo 23 de la Ley del Instituto, que prevea el caso específico de los trabajadores con Sida, a fin de evitar la discriminación, que se da al existir una desigualdad en el tratamiento legal, al ser injustificado por no ser razonable, que solamente la enfermedad del trabajador puede ser atendida hasta su curación, cuando esta no le impida presentarse a laborar, ya que de lo contrario se le limita a recibir atención hasta un plazo que no exceda en 52 semanas, lo cual es totalmente contrario al derecho de la salud previsto en el artículo 4° Constitucional, el cual genera una obligación frente al poder público, que no puede dejar de observarse en forma alguna.

Además, si consideramos que la salud constituye una garantía fundamental, ya que esta se traduce en el derecho a tener atención médica, pues es un elemento esencial para que el individuo pueda llevar a cabo sus planes de vida, que es lo que la hace importante, y cuyo bien no puede verse restringido o limitado de ningún modo, mucho menos lesionado por una Ley en perjuicio de los individuos a los cuales se aplica.

En consecuencia, al encontrarnos en un estado derecho, es necesario que exista una norma legal, que permita a los trabajadores discriminados, la posibilidad de exigir o reclamar la prestación de los servicios médicos legalmente, a efecto de que se establezca la obligación a cargo de la Institución, de otorgar las prestaciones y servicios a los trabajadores con Sida sin condicionantes, dando las armas legales para que estos puedan exigir su cumplimiento. Sobre todo cuando, no debe pasarse por alto que los derechos sociales nacen con el propósito de proteger los derechos fundamentales del hombre, lo cual consigue a través de la creación de instituciones y normas objetivas que protegen esos derechos, puesto que contendrán una acción positiva por parte del Estado a favor del individuo, ya que estas le concederán prestaciones de bienes o servicios en su favor.

4.3 PROPUESTA DE ADICIÓN DE UNA FRACCIÓN III AL TEXTO DEL ARTÍCULO 23 DE LA LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

De acuerdo a la problemática que se planteó en el punto anterior de este capítulo IV, se desprende que es necesario que se adicione una fracción III al texto del artículo 23 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, para quedar de la forma que a continuación se propone:

“Artículo 23. En caso de enfermedad, el trabajador y el pensionista tendrán derecho a las prestaciones en dinero y especie siguientes:

I. Atención médica de diagnóstico, odontológico, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación que sea necesaria desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo máximo de 52 semanas para la misma enfermedad. El reglamento de servicios médicos determinará qué se entiende por este último concepto.

En el caso de enfermos ambulantes, cuyo tratamiento médico no les impida trabajar, y en el de pensionistas, el tratamiento de una misma enfermedad se continuará hasta su curación; y

II. Cuando la enfermedad incapacite al trabajador para el trabajo, tendrá derecho a licencia con goce de sueldo o con medio sueldo, conforme al artículo 111 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado. Si al vencer la licencia con medio sueldo continúa la incapacidad, se concederá al trabajador licencia sin goce de sueldo mientras dure la incapacidad, hasta por 52 semanas contadas desde que se inició ésta. Durante la licencia sin goce de sueldo, el Instituto cubrirá al asegurado un subsidio en dinero equivalente al 50% del sueldo básico que percibía el trabajador al ocurrir la incapacidad.

III. En el caso del trabajador que padezca VIH/Sida, o bien alguna enfermedad que debido a su patología requiera de los servicios de atención médica a que se refiere la fracción I de este artículo, por un plazo mayor a cincuenta y dos semanas, se le otorgará hasta su curación o deceso. La incapacidad se concederá en los términos a que refiere el artículo 111 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, con la excepción de que sí al concluir la licencia sin goce de sueldo, el trabajador no puede presentarse a laborar debido al deterioro de su persona por causa de la enfermedad o por los tratamientos médicos, se le dará la pensión por invalidez a que se refiere el artículo 67 de esta Ley, con independencia de los años de cotización que tenga éste, en semejantes condiciones a las prevista en la fracción II de este dispositivo se cubrirá el subsidio.

Al principiar la enfermedad, tanto el trabajador como la dependencia o entidad en que labore, darán el aviso correspondiente al Instituto.

La propuesta que se plantea al H. Congreso de la Unión de la adición de una fracción III al artículo 23 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, se debe al análisis de las necesidades que requiere el trabajador, respecto de las prestaciones económicas y de atención médica que otorga dicho organismo descentralizado, ante la enfermedad del VIH/Sida.

En ese sentido, se señala en la fracción III que se propone adicionar, que los servicios médicos a que se refiere la fracción I de dicho dispositivo legal, sean proporcionados por un plazo mayor de 52 semanas, esto es, se considera que tales servicios deben darse hasta su curación o bien hasta su muerte.

Así también, se propone que cuándo debido al deterioro de su persona por causa de la enfermedad o por los tratamientos médicos a consecuencia de tal padecimiento, y el trabajador quede impedido en forma total y permanente para asistir a su trabajo a desempeñar sus labores, se le otorgue la pensión por invalidez a que se refiere el artículo 67 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, con independencia a lo previsto por dicho dispositivo sobre los años de cotización que tenga éste.

Lo anterior, a fin de salvaguardar los derechos de los trabajadores con Sida, de que no se vean limitados en forma alguna, a recibir atención médica, lo cual constituye un derecho fundamental, por lo que la Ley debe ser expedida bajo los principios de este y racional desde el punto de vista de su expedición.

En ese sentido, la Ley tiene que proteger al individuo a través del reconocimiento de que la enfermedad no puede verse limitada a un plazo determinado para prestar la atención médica, pues ello implica una restricción injusta a quienes padecen la enfermedad, e incluso pone en peligro a más personas de contraerla, ya que tal padecimiento debe estar controlado por el sector salud y manejado por personal capacitado para ello, por lo que la ley debe hallar cierto término medio que a la vez proteja la salud pública y haga otro tanto con la persona infectada por el virus.

De igual modo, con la adición se propone garantizar al enfermo de Sida, que recibirá la pensión por invalidez, a fin de proteger al trabajador contra la incapacidad general ocasionada por el padecimiento, pues no solamente es el daño físico, sino también económico que le acarrea la enfermedad.

Además, se debe observar el consenso universal que se ha tomado para combatir el Sida, el cual señala que no debe existir conflicto entre la protección de los derechos y la dignidad humana y las exigencias de la salud pública; por lo que, se considera que es válida la adición en comento como vía de solución y requerimiento de las necesidades de este tipo de enfermos.

CONCLUSIONES.

1. Desde mi punto de vista, la existencia de las normas jurídicas, logran un orden jurídico-político que da nacimiento a la estructura orgánica del Estado, el cual para existir y tener legitimidad, requiere ser un Estado de Derecho, por lo cual debe alentar y proteger los Derechos Fundamentales, los cuales corresponden a la generalidad de los individuos, para así sustentar la armonía y desarrollo de la colectividad, a fin de lograr su bienestar pleno, en todos sus ámbitos espiritual, físico, social y económico.

2. Consideró que la creación conjunta de normas constituye el "Derecho", que no es más que el conjunto de normas impero-atributivas, que conceden facultades y obligaciones que permiten al individuo que se relacione en igualdad, asegurando la aplicación del elemento valorativo denominado justicia.

3. Opinó que el derecho a fin de brindar protección al individuo y asegurar a éste, que se vinculará en una organización social justa, a través de un orden jurídico adecuado a sus necesidades se ha agrupado en dos especialidades, de acuerdo a las conductas específicas que regulan sus normas, siendo el Derecho Privado y el Derecho Público, pues el primero norma las relaciones entre los particulares, en igualdad y el segundo la relación de subordinación del particular ante el Estado; sin embargo al encontrarse desprotegidos un sector de la sociedad, los económicamente más débiles, se crea el Derecho Social, el cual regulará las relaciones entre grupos sociales, al establecer normas jurídicas de orden pública, destinadas a proteger al hombre colectivo, en el establecimiento de prerrogativas que satisfagan sus necesidades laborales, familiares, económicas, educativas, procesales, agrarias y de salud.

4. En ese sentido, consideró que el Derecho Social, constituye el conjunto de normas impero atributivas encaminadas a establecer lineamiento de conducta que garanticen la vida y el desarrollo personal y económico de los más débiles, a fin de materializar la justicia social, para la cual establecerá derechos que los beneficien, y que mantengan la armonía y el equilibrio de igualdad que debe existir en una sociedad para que prospere; en consecuencia, tendrá por objetivo la protección de los derechos fundamentales del hombre, dando prioridad a los intereses de la comunidad sobre los particulares en satisfacción de tales derechos, por lo que se subdivide en Derecho Económico, Derecho del Trabajo y Derecho de la Seguridad Social.

5. De acuerdo a mi apreciación particular, la seguridad social, tiene por objetivo proporcionar y consolidar las prerrogativas fundamentales, esto es, los mínimos imprescindibles para dar un trato digno a los seres humanos; conservar su vida y el desarrollo de su personalidad, mismas que al ser comunes a todos los individuos adquieren el carácter de generales y de aplicación obligatoria ante su importancia, surgiendo la necesidad de ubicar a la seguridad social como un derecho creado para atender específicamente la existencia de esta y sus objetivos, así se dio paso al Derecho de la Seguridad Social.

6. Opinó que el Derecho de la Seguridad Social es el conjunto de normas que tienen por finalidad garantizar los derechos fundamentales, por ende constituyen las garantías sociales mínimas de los empleados públicos, esto es, los derechos sociales establecidos en su favor, por el apartado B del artículo 123 de la Constitución.

7. Estimó que la Salud, al quedar previsto como un derecho individual en nuestra norma fundamental, esto es, en el artículo 4° Constitucional, se traduce en la existencia de una relación jurídica entre los individuos (gobernados) y el Estado, en virtud de la cual surge para el primero un derecho de exigir el cumplimiento de una obligación, en la que sea respetada su prerrogativa consistente en la protección de su salud, la cual se sustenta en el derecho de acceso a los servicios de salud, respecto del cual el Estado en su carácter de garante vigilará su otorgamiento e incluso coordinará el acceso a los servicios de salud, a través de un orden jurídico, regulado en una Ley, misma que será aplicada en forma general y obligatoria.

8. Consideró que indudablemente la seguridad social a través de las normas legales ha establecido las bases para cumplir con sus objetivos, por lo que la seguridad social tomo del mutualismo la figura jurídica del seguro social, regulándolo bajo los términos del Derecho de la Seguridad Social, en ese entendido, dicho seguro constituye un sistema de prestaciones otorgadas en razón de los riesgos que cubren y a las cuotas que se pagan en forma bipartita, de acuerdo al salario de los asegurados; cuya incorporación es obligatoria al derivarse del nombramiento o designación concedido por el Estado a sus trabajadores; en ese sentido, tales prestaciones comprenden derechos fundamentales; sin que ello implique que tenga fines asistenciales, pues únicamente tendrán derecho quienes hayan pagado sus cuotas como condición para obtener los beneficios que de él se derivan.

Si bien es cierto que el seguro social toma de las ideas mutualistas, la coordinación de esfuerzos, también lo es que dicho seguro es diferente al privado, en que el primero se deriva del Derecho Público, al ser un derecho fundamental, cuyo aseguramiento está regulado por la Ley en forma obligatoria; y el segundo deriva del Derecho Privado que nace de un contrato aleatorio y oneroso en el que se determina por la voluntad de las partes.

9. Opinó que el seguro social, derivado del nombramiento o designación del Estado a sus trabajadores, constituye el cumplimiento de un derecho individual, ya que es una exigencia hacia los Poderes de la Unión y el Gobierno del Distrito Federal, que incorpore a sus trabajadores a dicho seguro, el cual busca solventar y reparar los riesgos que cubre, a efecto de dar solución a sus asegurados, y al que únicamente tendrán derecho aquellos que hayan aportado sus cuotas, pues es un requisito para su otorgamiento.

10. Consideró que la seguridad social por medio de los seguros sociales pretende proteger al individuo de los riesgos que cubrirá, en ese entendido a creado el seguro de enfermedades, el cual tiene por beneficiarios del mismo al asegurado, que lo recibe a cambio del pago de una cuota, y como objetivo cubrir los riesgos que se derivan de una enfermedad, esto es, cuando exista una alteración en la salud del asegurado, que le cause un menoscabo o perturbación en su organismo, ya sea físico o psíquica; por lo que dicho seguro cubrirá todas las prestaciones de atención médica, quirúrgica e incluso preventiva, además de las señaladas por la propia Ley que lo regule.

11. A fin de incorporar el mandato constitucional del Derecho a la Protección de la Salud, como una garantía social instituida en la administración, para dar pertenencia del Instituto al Sistema Nacional de Salud, en la iniciativa de la nueva Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, de 1983, estableció el seguro de enfermedades no profesionales y maternidad, en su artículo 23 de la Ley en mención.

Sin embargo, considero que dicho seguro de enfermedades regulado en el artículo 23 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, es violatorio del derecho fundamental a la salud, toda vez que el derecho al acceso a los servicios de salud, se encuentra restringido al plazo de cincuenta y dos semanas, lo cual es contrario con la garantía fundamental del derecho a la salud, el cual no puede verse ni restringido ni suspendido en términos del artículo 1° de nuestra Constitución.

De igual forma, dicho artículo 23 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, establece como condiciones para recibir la atención médica, que se trate de una misma enfermedad, que sea enfermo deambulante y que el tratamiento médico no le impida trabajar, las cuales no son posibles de cumplir en el caso del riesgo de la enfermedad del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, toda vez que dicho padecimiento constituye un virus clasificado como un retrovirus, el cual actúa muy lentamente por espacio de años, pues el individuo sano, pasa a ser sensible a una gran variedad de infecciones oportunistas y afecciones malignas que se presentan al mismo tiempo, debida a que tal virus debilita en forma progresiva las defensas del cuerpo humano, esto implica que la evolución de la enfermedad se evalúe de acuerdo a la capacidad funcional del individuo, la cual se ve desgastada conforme avanza la enfermedad y hace de vital importancia la necesidad de utilizar los servicios de atención médica, farmacéutica y hospitalaria.

Así también, dicho dispositivo legal establece una desigualdad entre los trabajadores que sufran de una enfermedad que les permita trabajar y aquellos se encuentren impedidos para ello, pues para los primeros se les otorgará tratamiento médico hasta su curación y para los otros se les otorgará una licencia médica por incapacidad hasta por 52 semanas desde que se inició el padecimiento; por lo que en el caso de los trabajadores con Sida es claro que su derecho al acceso de los servicios de salud se ve limitado, pues tal enfermedad no durará el plazo a que se refiere dicho precepto legal, subsistiendo el estado de necesidad del trabajador con sida, en cuanto a la prestación de tales servicios. Además de que queda en el desamparo, pues no tendrá derecho a la expedición de la licencia médica que lo incapacite por enfermedad, fuera de ese término; por lo que, no hay impedimento para la entidad o dependencia de que pueda cesar los efectos del nombramiento o designación del trabajador.

Por lo tanto, las modalidades que prevé el artículo 23 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, para el acceso a los servicios de salud, se contraponen con los propios síntomas de la enfermedad, que la caracterizan como un padecimiento largo, que implica que la recuperación de la salud no se dé dentro del plazo de 52 semanas establecido en dicho precepto, como tampoco, que la enfermedad en sus últimas fases permita que el trabajador se presente a su centro de trabajo, por lo que al no cumplir con dichas condiciones se ve automáticamente suspendido el acceso a la atención médica, lo cual es violatorio al derecho fundamental de la salud.

12. Consideró que el Congreso de la Unión debe legislar respecto del acceso de atención médica en el caso de los trabajadores con la enfermedad del VIH/SIDA, debido a que su patología es distinta al común de las otras enfermedades conocidas, pues cada vez adquiere el carácter de pandemia en nuestro país; sobre todo cuanto en el caso de los trabajadores incorporados al seguro obligatorio de enfermedad, se ve restringido el acceso a la atención médica. Es por ello, que consideró que se debe legislar para el caso específico de los trabajadores con VIH/Sida observando que el acceso a los servicios de salud se dé libre de toda condición y otorgándose a la atención hasta su deceso.

De igual forma, se debe legislar que el trabajador con Sida se le otorgue la pensión por invalidez con independencia de los años de cotización, a efecto de que reciba esta prestación económica, y salvaguarde su situación económica y la de su familia, pues existe la posibilidad de que, la entidad o dependencia pueda cesar los efectos del nombramiento o designación, ante la incapacidad permanente física o mental que le impida el desempeño de sus labores, sin responsabilidad para el Estado; por lo que proponga un fracción tercera que prevea tales situaciones y sea adicionada dicho dispositivo legal, por nuestro H. Congreso de la Unión.

ANEXO UNICO

ESTADISTICA DE POBLACION DERECHOHABIENTE EMISION DE: MAYO DEL 2000.											
DELEG.	POB. AMP.	POB. REG.	TRABS.	FAM. TRABS.	PENSIONISTAS %			FAM. PENS.	FAM. REGS.	INDICE DE FAMILIARES	
					DIR.	IND.	TOTAL			TRABS.	PENS.
			3	4				6			
TOT. NAL.	9,704,654	6,783,251	2,285,231	3,832,334	279,637	93,380	373,017	292,669	4,125,003		
Z. NTE.	579,185	317,864	121,003	137,712	28,528	11,579	40,107	19,042	156,754	3.25265	0.85862
Z. OTE.	501,923	301,298	110,750	158,517	14,323	4,321	18,644	13,387	171,904	3.25265	0.85862
Z. SUR.	961,985	542,844	207,837	261,143	37,203	8,981	46,184	27,680	288,823	3.25265	0.85862
Z. PTE.	531,021	301,405	116,293	150,074	17,032	4,812	21,844	13,194	163,268	3.25265	0.85862
TOT. CENT.	2,574,114	1,463,411	555,883	707,446	97,086	29,693	126,779	73,303	780,749	3.25265	0.85862

LA POBLACION AMPARADA SE CALCULA DE LA SIGUIENTE FORMA:

A) AL MULTIPLICAR EL NUMERO DE PENSIONISTAS DIRECTOS POR EL INDICE DE FAMILIARES RESPECTIVOS, SE OBTIENE A LOS FAMILIARES AMPARADOS DE PENSIONISTAS.

B) AL MULTIPLICAR EL NUMERO DE PENSIONISTAS DIRECTOS POR EL INDICE DE FAMILIARES RESPECTIVOS, SE OBTIENE A LOS FAMILIARES AMPARADOS DE PENSIONISTAS.

C) AL SUMAR A LOS FAMILIARES AMPARADOS DE TRABAJADORES Y A LOS TRABAJADORES, SE OBTIENE LA POBLACION AMPARADA DE TRABAJADORES.

D) AL SUMAR A LOS FAMILIARES AMPARADOS DE PENSIONISTAS Y AL TOTAL DE PENSIONISTAS, SE OBTIENE LA POBLACION AMPARADA DE PENSIONISTAS.

E) AL SUMAR LA POBLACION AMPARADA DE TRABAJADORES Y LA POBLACION AMPARADA DE PENSIONISTAS, SE OBTIENE LA POBLACION AMPARADA TOTAL.

(%) SE CONSIDERA A TODAS LAS PERSONAS QUE TIENEN DERECHO A UNA PENSION.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- ALONSO OLEA, MANUEL, Instituciones de Seguridad Social, Instituto de Estudios Políticos, Madrid, 1974.
- 2.- CANTON MOLLER, MIGUEL, Derecho del Trabajo Burocrático, Segunda Edición, PAC, S.A. de C. V. México. 1991.
- 3.- Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Comisión Americana Jurídico Social, Derechos Humanos y Seguridad Social, Editorial Piensa, S. A., México.
- 4.- BARQUIN C., MANUEL, Medicina Social, Editor y Distribuidor Méndez Oteo. México.
- 5.- BRISEÑO RUIZ, ALBERTO. Derecho Mexicano de los Seguros Sociales, Colección de textos jurídicos universitarios. Harla. México, 1989.
- 6.- G. DANIEL, VICTOR, Sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), El Manual Moderno, S.A., México, 1990
- 7.- GUERRERO, EUQUERIO, Manual de Derecho del Trabajo, Décima Quinta Edición, Porrúa, S. A. México.1986.
- 8.- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Subdirección General Jurídica, Unidad de Asuntos Internacionales, Salud y Seguridad Social en los Países del Continente Americano (Compilación), Tomo II, México, 1996.
- 9.- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Subdirección General Jurídica, Unidad de Asuntos Internacionales, Seminario en el Sistema Mexicano de Seguridad Social, México.
- 10.- Junta Directiva del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, EL ISSSTE y la Seguridad social para los Trabajadores del Estado (Origen, Desarrollo y Perspectiva 51 años de seguridad social para los trabajadores del Estado), Talleres de Mash Msrketing de México, S.A. 1° de octubre de 1976, México, D.F.

12.- NESTOR DE BUEN L., Seguridad Social, Primera Edición. Porrúa, México, 1995.

13.- Oficina Internacional del Trabajo en Ginebra, Introducción a la Seguridad Social, Editorial Alfaomega, S.A. DE C.V., 1992.

14.- PALMERO ZILVETI, OLGA, Derechos Humanos y Seguridad Social. Declaraciones, Resoluciones y Recomendaciones internacionales, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. Cuadernos Técnicos, México, 1992.

15.- RAMOS, EUSEBIO, Nociones de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, Editorial PAC, S.A., México. 1986.

16.- SOBERON ACEVEDO, GUILLERMO, Derecho Constitucional a la protección de la salud, Editorial Miguel Ángel Porrúa, S.A, México, 1995.

17.- VALSILACHIS DE GRALDINO, IRENE, Enfermedades y Accidentes Laborales(Un análisis sociológico y jurídico) . Editorial Abeledo-Perrot. México.1989.

DICCIONARIOS

1.- Diccionario Jurídico Mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Porrúa México, 1985.

2.- Diccionario de los Órganos de la Administración Pública Federal, Pina Vara, Porrúa, México.1983.

3.- Diccionario del Trabajo Social, Ezequiel Ander Egg, Editorial El Cid.

4.- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, Séptima Edición, 1960 De. Salvat, Buenos Aires Argentina.

LEGISLACION.

- 1.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.**
- 2.- Ley Federal de los Trabajadores del Estado.**
- 3.- Ley General de Salud.**
- 4.- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.**
- 5.- Reglamento de Prestaciones Económicas y Vivienda del ISSSTE.**
- 6.- Reglamento de los Servicios Médicos del ISSSTE.**
- 7.- Reglamento de afiliación, vigencia de derechos y cobranza del ISSSTE.**