



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ARAGÓN

**ANÁLISIS COMPARATIVO DEL SEGURO DE SALUD PARA  
LA FAMILIA DE LA LEY DEL INSTITUTO MEXICANO DEL  
SEGURO SOCIAL CON EL SEGURO POPULAR DE LA LEY  
GENERAL DE SALUD Y LAS PROPUESTAS RESPECTIVAS**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :  
**L I C E N C I A D O E N D E R E C H O**  
P R E S E N T A :  
**I T Z E L M E D I N A D A V I D**

**ASESOR:**

**MTRA. DINORAH RAMÍREZ DE JESÚS**



**MÉXICO**

**2007**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

A mi mamá MARISELA DAVID QUINTANA

Por brindarme todo su apoyo, mostrarme un infinito amor, por estar a mi lado cada instante, por ser mi madre y mi mejor amiga, por confiar en mí e impulsarme hacia delante, por su gran corazón y siempre darme lo mejor, por que gracias a ella ahora estoy viviendo este momento de gran felicidad, porque me ha compartido su vida y me ha permitido disfrutar de su maravillosa compañía, por los excelentes tiempos que pasamos juntas.

GRACIAS,  
TE AMO.

A mi papá GONZALO MEDINA GONZALEZ

Por ser siempre mi mejor ejemplo, por ser el excelente ser humano que es, por ser un hombre digno de todo mi respeto y admiración, por esas charlas tan llenas de verdad, por tu amor tan grande a la familia, por siempre respetar mis decisiones y tratar de orientarme, por no regañar y siempre guiar, por su infinita paciencia y tolerancia, por darme fuerza, por hacerme reír y hacerme saber que siempre estará cuando lo necesite.

A mi abuelita SARA QUINTANA FRAYLE

Por ser una persona fuerte y luchadora, por ser una personita como pocas,  
por ser un encanto y maravilla, por brindarme su hogar y preocuparse  
siempre por mí, por darme todo, por regañarme, por su apoyo e inmenso  
amor por la familia, por que nunca podré pagar todo lo que hace por la  
familia.

A mi novio JONATHAN CARRILLO FLORES

Por ser mi apoyo y compañero en este largo camino que pasamos para  
llegar hasta aquí, por estar siempre a mi lado y enseñarme a ser mejor cada  
día, por mostrarme diferentes formas de ver la vida y ayudarme a crecer y a  
salir delante de cualquier problema, por enseñarme a ser fuerte y a  
enfrentarme a todo, por su paciencia y amor.

A la UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO  
En especial a la Facultad de Estudios Superiores Aragón  
Por ser mi casa, mi centro de aprendizaje, por darme la oportunidad de  
forjarme como profesionista. Y a todos mis maestros  
Por transmitirme sus conocimientos, por resolver mis dudas, y por su  
consejos.

A la Maestra DINORAH RAMIREZ DE JESUS  
Por haber aceptado ser mi asesora, por su apoyo en la elaboración del  
presente trabajo, por su tiempo. GRACIAS.

**ANÁLISIS COMPARATIVO DEL SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA DE  
LA LEY DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL CON EL  
SEGURO POPULAR DE LA LEY GENERAL DE SALUD Y LAS  
PROPUESTAS RESPECTIVAS**

|                   |       |
|-------------------|-------|
|                   | Págs. |
| Introducción..... | I     |

**CAPITULO PRIMERO**

**MARCO CONCEPTUAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO**

|                              |    |
|------------------------------|----|
| 1.1. Derecho Social.....     | 1  |
| 1.2. Asistencia Social.....  | 7  |
| 1.3. Seguridad Social.....   | 9  |
| 1.4. Seguro Social.....      | 16 |
| 1.5. Régimen voluntario..... | 17 |
| 1.6. Seguro Popular.....     | 19 |

**CAPITULO SEGUNDO**

**MARCO HISTÓRICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

|   |    |
|---|----|
| 2.1. Antecedentes de la Seguridad Social..... | 22 |
| 2.1.1. Antigüedad.....                        | 22 |
| 2.1.2. Grecia.....                            | 22 |
| 2.1.3. Roma.....                              | 24 |
| 2.2. Edad Media.....                          | 26 |
| 2.2.1. Gremios y guildas.....                 | 27 |
| 2.2.2. Ordenes y mendicantes.....             | 28 |
| 2.2.3. Seguros privados.....                  | 28 |
| 2.3. Transición en la época moderna.....      | 30 |
| 2.3.1. Al poder de la Iglesia.....            | 33 |

|  |    |
|--|----|
| 2.3.2. Importancia del Estado.....                                     | 34 |
| 2.4. El Liberalismo.....   | 35 |
| 2.5. Crecimiento de los Seguros Privados.....                          | 38 |
| 2.5.1. Primeras teorías. Ley de distribución de las posibilidades..... | 39 |
| 2.5.2. Ley de los grandes números.....                                 | 40 |
| 2.5.3. Seguro de vida.....   | 41 |
| 2.6. El Socialismo.....  | 41 |
| 2.7 El Seguro Social en México.....                                    | 45 |
| 2.7.1. Política económica de México a partir de 1917.....              | 49 |
| 2.8. Derecho comparado.....  | 64 |
| 2.8.1. Seguro Social en Alemania.....                                  | 64 |
| 2.8.2. Seguro Social en Inglaterra.....                                | 68 |
| 2.9. Panorama internacional.....                                       | 72 |
| 2.10. Constituciones.....  | 74 |
| 2.11. Organismos internacionales.....                                  | 75 |

### **CAPITULO TERCERO**

#### **MARCO JURÍDICO DEL SEGURO POPULAR Y DEL SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA**

|   |    |
|---|----|
| 3.1. La Constitución de 1917.....   | 79 |
| 3.1.1. El derecho a la protección de la salud contemplado en el artículo 4° de nuestra Constitución Mexicana..... | 79 |
| 3.1.2. El derecho a la seguridad social contemplado en el artículo 123 de la Constitución Mexicana.....           | 79 |
| 3.2. La Ley del Seguro Social de 1995.....  | 81 |
| 3.2.1. El régimen voluntario de la Ley del Seguro Social que estable el Seguro de Salud para la Familia.....      | 81 |

|  |     |
|--|-----|
| 3.2.2. El Seguro de Salud para la familia en el Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de afiliación, clasificación de empresas, recaudación y fiscalización..... | 85  |
| 3.3. La Ley General de Salud de 1984.....  | 88  |
| 3.3.1. El Sistema de Protección Social en Salud previsto en el título III bis de la Ley General de Salud.....  | 88  |
| 3.3.2. Disposiciones generales.....  | 89  |
| 3.3.3. De los beneficios de la protección social.....  | 92  |
| 3.3.4 .De las aportaciones para el sistema de protección social en salud.....  | 94  |
| 3.3.5. Del fondo de aportaciones para los servicios de salud a la comunidad.....   | 96  |
| 3.3.6. De las cuotas familiares.....   | 96  |
| 3.3.7. Del fondo de protección contra gastos catastróficos.....  | 98  |
| 3.3.8. De la transparencia, control y supervisión del manejo de los recursos del sistema de protección social en salud.....  | 99  |
| 3.3.9. Del Consejo nacional de protección social en salud.....   | 100 |
| 3.3.10. Derechos y obligaciones de los beneficiarios.....  | 100 |
| 3.3.11. Causas de suspensión y cancelación al sistema de protección social en salud.....   | 102 |
| 3.4. La Seguridad social en el ámbito internacional de acuerdo al Convenio 102 de la Organización Internacional del Trabajo.....   | 103 |
| 3.5. Estructura jurídica del Sistema de Protección Social en Salud en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud.....                 | 108 |
| 3.5.1. Disposiciones generales.....  | 109 |
| 3.5.2. De las prestaciones del Sistema.....  | 109 |
| 3.5.3. De la incorporación de los beneficiarios.....   | 115 |
| 3.5.4. Del financiamiento del Sistema.....   | 116 |
| 3.6. Plan Nacional de Desarrollo (2000-2006).....  | 120 |



|  |     |
|--|-----|
| 3.6.1. Factores que justifican el Programa de Salud Social.....  | 120 |
| 3.6.2. Estudios que justifican el Seguro Popular de Salud.....   | 122 |
| 3.6.3. Tipos de seguro social en México para población abierta.....  | 129 |
| 3.6.4. Caracterización del Seguro Popular en el 2003 y transformación en<br>ejecutor del Sistema de Protección Social en<br>Salud..... | 131 |

## **CAPITULO CUARTO**

### **PROPUESTA OPTIMIZAR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS DENTRO DEL SEGURO POPULAR Y, DESAPARICIÓN DEL DENOMINADO SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA**

|  |         |
|--|---------|
| 4.1. Especialidades para la atención de enfermedades crónicas y/o cualquier<br>otra enfermedad que requiera de atención médica especializada y trato<br>constante del paciente respecto de tratamiento y medicina dentro del<br>denominado Seguro Popular..... | 135     |
| 4.1.1. Optimizar los servicios en las diversas especialidades para el<br>trato de enfermedades crónicas y degenerativas y/o otras<br>enfermedades en el denominado Seguro Popular.....   | 135     |
| 4.2. Desaparición del denominado Seguro de Salud para la Familia que<br>establece la Ley del Seguro Social en su régimen voluntario.....   | 148     |
| 4.2.1. De la desaparición del Seguro de Salud para la Familia de la Ley<br>del Seguro Social.....  | 148     |
| <br>Anexos.....  | <br>155 |
| <br>Conclusiones.....  | <br>169 |
| <br>Fuentes consultadas.....   | <br>176 |

## INTRODUCCIÓN

La seguridad social a lo largo de la historia ha evolucionando en función de las necesidades de la sociedad, encontramos como antecedentes el mutualismo, la beneficencia o asistencia pública y finalmente la creación de una ley del seguro social enfocada al Instituto Mexicano del Seguro Social que en su mayoría brinda atención a los trabajadores asalariados del sector privado, y asimismo se crea el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado cuya finalidad es proporcionar atención médica a los trabajadores del sector público y sus dependientes.

Estas instituciones cuentan con regímenes de carácter obligatorio y voluntario, en el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social se establecen cinco ramos dentro del régimen obligatorio: el de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, cesantía en edad avanzada y vejez, invalidez y vida, y prestaciones sociales y guarderías, mientras lo que concierne al voluntario se encuentra el seguro de salud para la familia.

La cuota del Instituto Mexicano del Seguro Social es tripartita ya que se encuentra integrada por aportaciones del Estado, el patrón y el trabajador.

Ahora bien, en la Ley del Seguro Social dentro del régimen voluntario se ha contemplado un capítulo referente al Seguro de Salud para la Familia indicando que para tener derecho a este seguro habrá que pagarse una cuota de recuperación.

En base a esta consideración es pertinente entender que el sector social de la clase con menos recursos que no es parte de los sectores antes mencionados no contaba hasta hace poco con un seguro que pudiera brindarles atención médica sin verse afectados en su economía, por lo que con la finalidad de extender a todos los sectores el derecho a contar con servicios de salud accesibles a los no derecho habientes y sin un costo que perjudique su bolsillo se implemento el denominado seguro popular, el cual tiene como instrumento ejecutor al Sistema de Protección Social en Salud, contemplado en el título III bis de la Ley General de Salud y su respectivo reglamento, con el cual se busca el respeto al artículo 4º de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos que establece que todos tenemos derecho a la salud.

Este sistema de protección a la salud se va a estructurar de manera que el Estado financie dicho seguro y así la carga para el beneficiario sea mínima de acuerdo a un estudio socioeconómico del individuo éste hará una pequeña aportación y no se verá afectado en su patrimonio al tener que pagar cuotas altas por atención médica y medicamentos.

Visto lo anterior consideramos que es de importancia tratar un tema como es el Seguro Popular ya que por ser de reciente creación no se ha realizado una investigación profunda del tema, ni se han estructurado nuevas posibilidades a implementar dentro del mismo en cumplimiento de la satisfacción de las necesidades sociales.

# **ANALISIS COMPARATIVO DEL SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA QUE ESTABLECE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL CON EL SEGURO POPULAR QUE ESTABLECE LA LEY GENERAL DE SALUD CON SUS RESPECTIVAS PROPUESTAS.**

## **CAPITULO PRIMERO MARCO CONCEPTUAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO**

Para entender el presente trabajo es indispensable conocer los conceptos fundamentales que rigen la seguridad social en México para así posteriormente poder hablar sobre el origen que dió creación a los conceptos que en este momento trataremos y así finalmente comprender más adelante su trascendencia y la importancia de su aplicación y existencia.

### **1.1. Derecho Social.**

Francisco González Díaz, nos habla del Derecho Social refiriéndose al mismo en función de una integración dinámica y teleológica dirigida a la obtención del mayor bienestar social de las personas y de los pueblos, a través de la justicia social<sup>1</sup>.

El derecho social fija toda su atención en el hombre, idea que hemos tratado de concretar diciendo que es, por naturaleza antropocéntrico.

Anteriormente, el derecho consideraba los bienes, la propiedad y el capital y poco se fijaba en la condición del hombre, en sus necesidades y en la inseguridad a que estaba expuesto, tanto personal, como familiarmente. El derecho social, en el sentido actual de la palabra, se considera que tiene su origen en el siglo XIX y se precisa en el siglo XIX como una antítesis del liberal individualismo, en donde se contemplan ahora los derechos de grupo, de la colectividad.

Puede insistirse en que anteriormente el derecho giraba en torno a la concepción privatista, independientemente de la vida social, sin comprensión de ella, mientras que el fundamento del derecho es ahora una concepción solidaria, integral de la vida de los hombres, basada en un principio de justicia social.

---

<sup>1</sup> SANCHEZ LEON, Gregorio, Derecho Mexicano de la Seguridad Social, Cárdenas Editor y Distribuidor, México, 1987, págs. 3 y 5.

Históricamente, el derecho social surge en una etapa de la civilización condicionada a la industria e impulsada por la ciencia moderna y los grandes descubrimientos de nuestro siglo.

El derecho social no conoce individuos, personas particularmente consideradas, sino grupos: patrones y trabajadores, obreros y empleados, campesinos, jóvenes o adultos, necesitados, ancianos y enfermos. Es un derecho igualador de las naturales desigualdades y nivelador de las desproporciones que existen entre las personas, en donde la igualdad deja de ser un punto de partida del derecho, para convertirse en meta o aspiración del orden jurídico. Casi siempre, detrás de cada relación jurídica privada, asoma en el derecho social un interesado: la colectividad.

El derecho social, bien ha dicho Moisés Pobrete y Troncoso, busca obtener la justa armonía de los factores que crean la riqueza, para producir bienestar colectivo, material y espiritual. Esta concepción del derecho busca proteger al trabajador, al campesino, al necesitado, no sólo dentro de sus labores, sino fuera de ellas, y no sólo individualmente, sino considerado como sujeto que tiene una familia o dependientes económicos a quienes debe de atender. Es, por otro lado, diremos un derecho que no supone necesariamente lucha destructiva, sino antes bien constructiva, integradora y dinámica<sup>2</sup>.

El derecho social considera a la propiedad, no como un derecho absoluto, una *plena in re potestas*, en la forma clásica del derecho romano, ajeno al medio social, sino como algo que pertenece en cierto modo a la colectividad, que tiene una función social.

Este derecho entiende al salario no sólo como una retribución convenida por un trabajo prestado, sino que considerar al trabajador en sus necesidades, atiende al lugar, a las características de cada región, a su propio perfeccionamiento y mejoramiento, a su educación y placer honestos, considerándolo como jefe de familia.

La producción debe tener también una función social, los mismos que las instituciones del derecho privado, las cuales tienen en nuestro tiempo esa misma acción.

A fin de poder ubicar al Derecho de la Seguridad Social, en el amplio campo de la Ciencia Jurídica, consideramos conveniente elaborar primeramente el siguiente concepto de Derecho Social: El Derecho Social está 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,

---

<sup>2</sup>BAEZ MARTINEZ, Roberto, Derecho de la Seguridad Social, Trillas, México 1991, pág. 13.

procesales, agrarias y de salud, así como en las demás en que requiere de salvaguarda, 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.

Así pues, podría decirse que el Derecho Social:

I. Es el conjunto de normas jurídicas que establecen y desarrollan diferentes principios y procedimientos protectores en favor de las personas, grupos y sectores de la sociedad integrados por individuos socialmente débiles, para lograr su convivencia con las otras clases sociales, dentro de un orden jurídico.

II. Tradicionalmente, se han clasificado las normas jurídicas en normas de derecho privado y normas de derecho público. En el primer grupo se encuentran las leyes que partiendo de la noción de igualdad, regulan las relaciones de las personas en su carácter de particulares, esto es, no investidas de poder público respecto a dichas relaciones. En el segundo grupo, las normas que reglamentan la organización y actividad del Estado y demás organismos dotados de poder público, y las relaciones en que interviene con tal carácter.

La desarticulación del derecho del trabajo del derecho civil, y las conquistas obreras que se elevaron a rango legal, produjeron un ordenamiento jurídico incompatible con las nociones de derecho privado y derecho público y que quedaba, en consecuencia, fuera de la clasificación tradicional. Con la autonomía de los derechos del trabajo y agrario, con la regulación de la seguridad y asistencia sociales, y con el surgimiento del derecho económico, se constituyó un conjunto de ordenamientos jurídicos con características distintas a las del derecho público y a las del privado, pero comunes entre sí: 1. no se refieren a individuos en general, sino en cuanto integrantes de grupos sociales bien definidos; 2. tienen un marcado carácter protector a los sectores económicamente débiles; 3. son de índole económica; 4. procuran establecer un sistema de instituciones y controles para transformar la contradicción de intereses de las clases sociales en una colaboración pacífica y en una convivencia justas, y 5. tienden a limitar las libertades individuales, en pro del beneficio social.

En consecuencia; afirma el maestro Mendieta y Núñez, aun cuando el contenido de estos ordenamientos sea heterogéneo su objeto establece entre los varios aspectos de ese contenido unidad esencial' y se agrupan dichos

ordenamientos, en una categoría que implica esa unidad esencial y se caracteriza por los rasgos comunes a ellos: el derecho social<sup>3</sup>.

Siguiendo a Radbruch se debe afirmar, que el derecho social, debe su contenido a una nueva concepción del hombre por el derecho. Si la concepción jurídica individualista, de donde emana el derecho privado, se orienta hacia un hombre idealmente aislado y a quien se supone igual a los demás y al margen de todo vínculo social la concepción del hombre de donde emana el derecho social, no conoce simplemente personas conoce patrones y trabajadores, terratenientes y campesinos, obreros y empleados, etc., destacando la posición social de poder o de impotencia de los individuos para dictar medidas contra la impotencia social. Para el derecho social, la igualdad humana no es el punto de partida, sino la aspiración del orden jurídico.

III. De acuerdo a las características del derecho social, enumeradas en el párrafo anterior, se ha modificado la clasificación del orden jurídico positivo, colocando al derecho social a un lado del derecho público y del derecho privado, según el siguiente cuadro:

#### ORDEN JURÍDICO POSITIVO

- Constitucional
- Administrativo
- Derecho Público
- Penal
- Procesal
- Internacional Público
- Civil
- Derecho Privado
- Mercantil
- Internacional Privado
- Del Trabajo
- Agrario
- Derecho Social
- Económico
- De Seguridad
- De Asistencia
- Cultural

Las ramas del derecho social que aparecen en el cuadro precedente, no podrían ubicarse dentro del derecho público o privado, y justifican, por lo tanto,

---

<sup>3</sup> RUIZ MORENO, Angel Guillermo, Nuevo Derecho de la Seguridad Social, Cuarta Edición, Porrúa, México 2000, pág. 34.

el establecimiento del derecho social dentro de las divisiones primarias del derecho.

El derecho del trabajo regula las relaciones obrero-patronales y trata de rodear al trabajador de todas las garantías en el desempeño de sus actividades. Protege al trabajador, en tanto es miembro de esa clase.

El derecho agrario regula la equitativa distribución de la tierra y su explotación en beneficio del mayor número de campesinos y a la sociedad por el volumen y costo de la producción agrícola ganadera.

El derecho agrario es también un derecho de clase no subsumible en las categorías tradicionales.

El derecho económico tiende a garantizar un equilibrio, en un momento y en una sociedad determinadas, entre los intereses particulares de los agentes económicos públicos y privados y un interés económico general y tiene una finalidad puramente social: poner al alcance de las masas, elementos de trabajo y de vida.

El derecho de seguridad social que en nuestro caso, es el que nos ocupa procura poner a cubierto de la miseria a todo ser humano. Es un derecho de clase porque se dirige a proteger a quienes sólo cuentan con su trabajo personal como fuente de ingresos y los protege en la enfermedad, la invalidez, la desocupación y la vejez.

El derecho de asistencia social considera los intereses y las necesidades de quienes no pueden trabajar ni procurarse las atenciones médicas, de alimentación, de indumentaria, de habitación que requieren, constituyéndose instituciones jurídicas con características ajenas al derecho público y al privado.

El derecho cultural se integra con las leyes que regulan la instrucción y la educación en todos los grados, clases y aspectos, procurando ofrecer las condiciones necesarias para una buena educación para todos.

El carácter de un ordenamiento jurídico se expresa con mayor claridad por la relación que en él tengan, uno frente al otro, el derecho público y el privado y por el modo en que se repartan las relaciones jurídicas entre ambos derechos. La transformación que ahora vivimos del derecho liberal en derecho social se revela, en las nuevas limitaciones del derecho público impuestas al derecho privado, en especial a la propiedad y a la libertad contractual, y constituye un notable avance hacia la justicia social.



Entonces tenemos que el ya citado Gustavo Radbruck<sup>4</sup>, nos va a establecer principalmente que el derecho social va a ser el resultado de una nueva concepción del hombre por el Derecho, del hombre sujeto a vínculo social. Este derecho se inspira no en la idea de igualdad de las personas, sino en la idea central de nivelación o equilibrio de las desigualdades. Una de las características del Derecho Social es la tendencia publicista del Derecho Privado. Fix Zamudio citando a Roubier agrega: “En lo que están de acuerdo a los tratadistas, es en que el Derecho Social no pertenece ni al Público ni al Privado, sino que forma una especie intermedia, un entrecruzamiento, una interferencia entre ambas clases de normas.”<sup>5</sup>

El Derecho Social se traduce en la protección jurídica de los económicamente débiles, para lograr un equilibrio efectivo entre los diversos grupos sociales, el sentido social del derecho no es sólo una doctrina, no es sólo una escuela jurídica, es la vida misma. Es tanta la trascendencia del Derecho Social, que sus reglas fundamentales han sido consagradas en los textos constitucionales de la mayoría de las naciones del mundo.

Trueba Urbina, define el Derecho Social como “el conjunto de principios, instituciones y normas que en función de integración protegen y reivindican a los que viven de su trabajo y a los económicamente débiles”.<sup>6</sup>

Como se puede observar este autor nos habla de una integración que engloben principios que finalmente reivindiquen a la clase económicamente débil.

Por su parte Luño Peña, considera que es “un derecho que tiene por objeto la realización de ciertos aspectos de la política social, y está integrado por un conjunto de normas y leyes con el fin de proteger a los económicamente débiles”.<sup>7</sup>

Así pues, tenemos que existe concordancia entre los autores al establecer que el derecho social surgió primeramente como un derecho encaminado al hombre en una concepción privatista, pero que finalmente en la búsqueda de una justicia social que evitara las desigualdades entre las clases sociales se torna un derecho ahora encaminado a la colectividad, es decir de los grupos, tendiente a la obtención de un bienestar social; y así entonces tenemos un derecho que se encarga de la protección a la clase económicamente débil. Por lo que cierto es, que el concepto dado por el

---

<sup>4</sup> BAEZ MARTINEZ Roberto, Ob. Cit., pág. 16.

<sup>5</sup> ALMANSA PASTOR; José M, Derecho de la Seguridad Social, Tecnos, Madrid 1999, pág. 14.

<sup>6</sup> TRUEBA URBINA, Alberto, Derecho Social Mexicano, Porrúa, México 1978, pág. 24.

<sup>7</sup> BAEZ MARTINEZ, Roberto, Ob. Cit., pág. 20.

maestro Fix-Zamudio, es preciso al contemplar esta situación, así como su finalidad.

## **1.2. Asistencia Social.**

Se puede definir como la rama del derecho social cuyas normas integran la actividad del Estado y la de los particulares destinada a procurar una condición digna, decorosa y humana, para aquellas personas, sociedades y Estados que, imposibilitados para satisfacer por sí mismos sus más urgentes necesidades y procurar su propio bienestar social, requieren de la atención de los demás, en función de un deber de justicia, o aun de un altruista deber de caridad.

Se distingue entre asistencia pública y beneficencia privada cuando se reserva el primer término para la prestación del servicio que otorga directamente el Estado y el segundo para las actividades desarrolladas por la iniciativa particular, fundadas en un verdadero y generoso espíritu altruista y para ayudar al necesitado en sus más diversas carencias.

Las instituciones creadas para el socorro de la miseria, de las enfermedades y ayuda al necesitado tienen en México preciosos antecedentes y ejemplos.

En la ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito y Territorios Federales, de 2 de enero de 1943, se señala que las instituciones de asistencia privada son entidades jurídicas que, con bienes de propiedad particular, ejecutan actos con fines humanitarios de asistencia, sin propósito de lucro y sin designar individualmente a sus beneficiarios<sup>8</sup>.

Las instituciones de asistencia privada pueden ser fundaciones o asociaciones.

Son fundaciones las personas morales que se constituyen mediante la afectación de bienes de propiedad privada, destinada a la realización de actos de asistencia.

Son asociaciones las personas morales que, por voluntad de los particulares, se constituyen en términos de la ley. Sus miembros aportan cuotas periódicas para el sostenimiento de la institución, sin perjuicio de que se pacte que los asociados contribuyan además sus servicios personales. Cuando para satisfacer necesidades producidas por epidemias, guerras, terremotos, ciclones

---

<sup>8</sup> DE BUEN Nestor, Seguridad Social, Segunda Edición, Porrúa, México 1999, pág. 129.

o causas económicas, se realicen asociaciones transitorias, éstas se denominarán juntas de socorros o asistencias.

Este concepto se basa fundamentalmente en un deber de caridad en el que con un fin altruista el Estado y particulares se encargan de prestar un servicio a los más necesitados en sus más diversas carencias.

La asistencia social es, en un sentido amplio, la prestación de servicios sanitarios y educativos, la protección social del trabajo y la vivienda, los seguros y subsidios de renta, y la asistencia individual. En un sentido restringido, los servicios sociales son actividades técnicas organizadas por las administraciones públicas y enmarcadas dentro de las políticas de bienestar social, cuyo objetivo es la prevención, rehabilitación o asistencia de individuos, de familias o de grupos sociales con amplias carencias y demandas, en pro de la igualdad de oportunidades, la realización personal, la integración social y la solidaridad. La finalidad global de los servicios sociales es la satisfacción de determinadas necesidades humanas dentro de una comunidad.

La asistencia social cubre, en general, los siguientes sectores de población: mujer, familia y menores, juventud, tercera edad, minusválidos, toxicómanos, delincuentes y reclusos, minorías étnicas, emigrantes y personas en situación de pobreza y marginalidad.

El grado de desarrollo de la asistencia social y el nivel de colaboración entre la administración central (el Estado) y local (ayuntamientos, comunidades, etcétera), así como entre las organizaciones de voluntariado, varía de manera considerable según el país, aunque la tendencia es avanzar hacia su descentralización y regionalización, hacia la cooperación entre los sectores público y privado, hacia la aplicación de un enfoque más preventivo que asistencial y hacia el desarrollo de la ayuda mutua dentro de las propias comunidades, con el fin de conseguir una mayor efectividad.

Sin embargo, en las sociedades occidentales con derechos sociales amplios, donde impera el Estado de bienestar, el mantenimiento de los servicios sociales también provoca fuertes controversias. El porcentaje habitual de la renta nacional invertido en asistencia social por los países económicamente más avanzados es aproximadamente del 30 por ciento. Sin embargo, actualmente algunos gobiernos están interesados en reducir sus gastos sociales para que la comunidad libere al Estado de gran parte de las cargas de asistencia social y servicios sociales, pero hay que tener presente que estas medidas implican no reconocer estos servicios como derechos inalienables de los ciudadanos.

Por otro lado, expertos en el tema han demostrado que la inversión en bienestar social va unida al progreso económico, ya que los países que mantienen altos gastos sociales tienen asimismo un rápido crecimiento económico. En consecuencia, el gasto social, más que constituir la causa de una crisis económica, forma parte de su solución. Véase también Trabajo social.

La asistencia, es entonces un sistema que crea el Estado para apoyar a algunas organizaciones de carácter público o privado que tenga como objeto la ayuda o solidaridad social. Ejemplo: la Lotería Nacional.

La asistencia privada, son organizaciones constituidas con bienes de propiedad privada que ejecutan o realizan actos de carácter humanitario sin propósito de lucro, sino como un apoyo a quien lo necesita.

### **1.3. Seguridad Social.**

Se puede definir como una disciplina autónoma del derecho social, en donde se integran los esfuerzos del Estado y de los particulares entre sí, nacional e internacionalmente, a fin de organizar sus actuaciones para el logro del mayor bienestar social integral, en un orden de justicia social y dignidad humana.<sup>9</sup>

Algunos autores han definido a la seguridad social diciendo que es el deseo universal de todos los seres humano por una vida mejor, atendiendo a la libertad de la miseria, la salud, la educación, las condiciones decorosas de vida y principalmente el trabajo adecuado y seguro.

En el artículo 22 de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre se señala:

*Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derecho económicos, sociales y culturales indispensables a sus dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.*

Además, en el artículo 25 se establece:

---

<sup>9</sup> RODRÍGUEZ TOVAR, José De Jesús, Derecho Mexicano de la Seguridad Social, Quinta Edición, Escuela Libre de Derecho, Fondo para la Difusión del Derecho, 1989, México, págs. 9, 24-25.

*Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y bienestar, en especial la alimentación y el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.*

*Tiene derecho asimismo a los seguros, en caso de desempleo, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. La maternidad y la infancia tienen derecho a los cuidados y asistencia especiales. Todos los niños nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.*

La Seguridad Social tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, definición contenida en el artículo 2° de la Ley del Seguro Social, que permite salvar en gran medida la profunda dificultad que existe sobre el concepto de la Seguridad Social, pues persiste actualmente la tendencia a ampliar y extender los campos de la Seguridad Social, en tal grado que estas buenas intenciones se convierten en obstáculos que dificultan su definición, que como cualquier otra debe señalar los límites precisos de lo que se quiere definir.

El problema de presentar una definición satisfactoria de la Seguridad Social es una gran parte resultado de su origen reciente, ya que, desde cualquier punto de vista que se le contemple, la Seguridad Social se encuentra en sus principios dentro de la historia del hombre, por más que, como cualquier otra institución, tenga algunos antecedentes tenues o aislados que se hayan presentado con anterioridad, lo cual viene a explicar la falta de conceptos suficientemente elaborados y sobre todo de una definición precisa de la Seguridad Social.

La definición legal merece aceptación al señalar que la Seguridad Social tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud y proteger los medios de subsistencia, porque estos constituyen dos elementos sobre los que se da un consenso generalizado para considerarlos como propios de la Seguridad Social. Sin embargo, cuando la definición pretende que los servicios sociales para el e bienestar individual y colectivo queden comprendidos dentro de la Seguridad Social, revela la vaguedad e imprecisión de los campos de esta institución, los cual se viene a confirmar en los artículos 8°, 232 a 235 de la Ley del Seguro Social, que previenen los servicios sociales con tal amplitud y extensión que resulta difícil sostener que la Seguridad Social, y menos el Seguro Social, puedan llegar hasta los límites señalados en estos preceptos legales.

La definición que se encuentra contenida en el artículo 2° de la Ley del Seguro Social, es omisa respecto del régimen financiero que resulta

imprescindible para que la Seguridad Social realice los objetivos que se le atribuyen, así como las primas son necesarias para la cobertura de los riesgos en el Seguro Social, cuyo sistema cambia radicalmente en aquella institución, pues de lo contrario no saldría de la categoría y de las normas propias de los seguros sociales.

La definición que se encuentra contenida en el artículo 2° de la Ley del Seguro Social, es omisa respecto del régimen financiero que resulta imprescindible para que la Seguridad Social realice los objetivos que se le atribuyen, así como las primas son necesarias para la cobertura de los riesgos en el Seguro Social, cuyo sistema cambia radicalmente en aquella institución, pues de lo contrario no saldría de la categoría y de las normas propias de los seguros.

Las normas de seguridad social contienen una nueva aspiración humana. Mario de la Cueva ha establecido que el Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social tienen un mismo origen e idéntica naturaleza, ambos buscan la justicia social. El Derecho de la Seguridad Social, es la humanización del derecho y es también su desmaterialización, pues significa el triunfo de lo humano sobre la economía<sup>10</sup>.

El Derecho de la Seguridad Social es esencialmente dinámico, porque evoluciona de acuerdo a las circunstancias de cada época, mejorando las prestaciones e incorporando a más beneficiarios.

Por nuestra parte, podemos definirlo diciendo: El Derecho de la Seguridad Social, es una parte del Derecho Social y constituye un conjunto de normas jurídicas de orden público, que tienden a realizar la solidaridad social, en bien colectivo e individual, la capacitación y adiestramiento del hombre y el desarrollo de la cultura, para proteger a la clase trabajadora en sus relaciones de trabajo subordinado, o independiente, cuando el producto de su trabajo es la fuente fundamental de subsistencia, garantizando a los trabajadores, contra las eventualidades susceptibles de reducir o suprimir su capacidad de trabajo, consignando a cargo de una institución estatal, la prestación del servicio público de carácter nacional, para el socorro o providencia mediante el pago de prestaciones en dinero o en especie a que dan derecho los seguros sociales establecidos y adecuados a cada contingencia, a favor de los trabajadores, sus familiares o beneficiarios, decretándose el pago de una contribución a cargo del propio Estado, de los patrones y de los trabajadores asegurados, para la efectiva prestación del servicio.

Como se puede ver, el concepto de seguridad social puede apreciarse desde un punto de vista genérico, que comprende la prevención y remedio de

---

<sup>10</sup> BAEZ MARTINEZ Roberto, Ob. Cit., pág. 20.

toda clase de riesgos sociales o bien, como una etapa en la marcha ascendente de la previsión social en la que la contribución personal deja de ser condición para obtener los servicios y resalta como punto de partida, la necesidad.

Al respecto, se puede establecer la misma como un conjunto integrado de medidas públicas de ordenación para la prevención y remedio de riesgos personales mediante prestaciones individualizadas y económicamente evaluables, agregando la idea de que tendencialmente tales medidas se encaminan hacia la protección general de todos los residentes contra las situaciones de necesidad, garantizando un nivel mínimo de rentas o cuotas a cubrir.

Almanza Pastor, nos habla de la seguridad social como un instrumento del Estado, protector de las necesidades sociales tanto individuales como colectivas, a cuya protección tienen derecho aquellos individuos que cumplan con los respectivos requisitos y formalidades que establece a la ley, dentro de los límites y extensión de la misma, y según lo permita su estructura financiera<sup>11</sup>.

Mientras que Gustavo Arce Cano, en su obra *De los Seguros Sociales a la Seguridad Social*, establece el concepto que a continuación se transcribe:

“La seguridad social es el instrumento jurídico y económico que establece el Estado para abolir la necesidad y garantizar a todo ciudadano el derecho a su ingreso para vivir y a la salud, a través del reparto equitativo de la renta nacional y por medio de prestaciones del seguro social al que contribuyen los patronos, los obreros y el Estado, o alguno de éstos, como subsidios, pensiones y atención facultativa, y de servicios sociales, que otorgan de los impuestos las dependencias de aquel, quedando amparados contra los riesgos profesionales y sociales, principalmente de las contingencias de la falta o insuficiencia de ganancia para su sostenimiento y el de su familia”.<sup>12</sup>

La Seguridad Social, está entonces constituida por programas públicos diseñados para proporcionar ingresos y servicios a particulares en supuestos de jubilación, enfermedad, incapacidad, muerte o desempleo.

Programas, que engloban temas como la salud pública, el subsidio de desempleo, los planes públicos de pensiones o jubilaciones, la ayuda por hijos y otras medidas, han ido surgiendo en muchos países, tanto industrializados como en vías de desarrollo, desde finales del siglo XIX para asegurar unos niveles mínimos de dignidad de vida para todos los ciudadanos e intentar

---

<sup>11</sup> ALMANSA PASTOR, José M, Ob. Cit., pág. 27.

<sup>12</sup> ARCE CANO, Gustavo, Los Seguros Sociales en México, Botas, México, 1998, pág. 42.

corregir los desequilibrios de riqueza y oportunidades. Su financiación procede por regla general del erario público y su costo se ha convertido poco a poco en una preocupación cada vez mayor para los países desarrollados, que destinan a este fin más del 25% de su producto interior bruto (PIB). Muchos países que se encuentran en el subdesarrollo no pueden hacer frente al gasto que representan estos programas, o bien temen el efecto que las pesadas cargas fiscales impondrían sobre el crecimiento económico.

Así podemos establecer entonces las siguientes referencias:

I. Las instituciones de seguridad social entonces son los organismos que forman parte del sistema encaminado a la protección de la clase trabajadora, de sus familias y de la comunidad misma, contra los riesgos derivados del trabajo y de la existencia en general (riesgos vitales).

II. La seguridad social y el derecho del trabajo, disciplinas dinámicas que se incrustaron en esa nueva vertiente del orden jurídico que es el derecho social, parten de la consideración del hombre como integrante de un núcleo social bien diferenciado; no como el sujeto abstracto de relaciones de contenido estrictamente jurídico.

La seguridad social, en ese avance de la solidaridad colectiva, comprende una amplia gama de servicios esenciales para preservar y mejorar la condición humana (asistenciales, clínicos, económicos, sociales, culturales, deportivos, etc.).

La seguridad social, en su acepción moderna, descarta la idea privativa consistente en considerar "la culpa" del trabajador en la producción del riesgo y la consiguiente exoneración del propietario de los medios de producción. Hoy se reconoce que la economía genera el riesgo, que éste es socialmente creado y sus consecuencias deben ser socialmente compartidas. Resultaría injustificable exculpar a la clase patronal, creadora real del riesgo.

Javier Moreno Padilla relata sumariamente los momentos decisivos de la seguridad social y presenta algunos antecedentes, entre los que podemos destacar que en la antigüedad la caridad era un mecanismo de incipientes alcances para protegerse de los riesgos. La colonización española trajo a los dominios ultramarinos algunas instituciones protectoras de la salud y del salario: las mutualidades, las cajas de ahorro, etcétera. La explosión demográfica y el avance tecnológico del maquinismo tuvieron como contrapartida el avance sociológico de la organización obrera. Así como surgen las instituciones del derecho colectivo del trabajo (sindicato, huelga y contrato colectivo), se hacen necesarias nuevas medidas protectoras de la salud en el trabajo y fuera de él, que coadyuvan a un desarrollo integral de la clase laborante y su familia.



William Beveridge lanza hacia 1940 su famoso Plan Básico de Seguridad Social, pero desde 1883 Bismarck, "Canciller de Hierro", ya había establecido en Alemania un seguro de enfermedades y accidentes de trabajo. El c. XIV del Tratado de Versalles también se ocupó de esta materia. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (Naciones Unidas, 10 de diciembre de 1948) se preocupa en dos, por "los mínimos indispensables para que las personas gocen de prestaciones de carácter económico, social y cultural"<sup>13</sup>.

Existen diversos antecedentes mexicanos en materia de seguridad social; las leyes de José Vicente Villada y del general Bernardo Reyes en la primera década del presente siglo; así como las legislaciones del periodo revolucionario de los Estados de Jalisco, Tamaulipas, Veracruz y Yucatán. Pero el punto de partida, a nivel constitucional, fue la fracción XXIX del artículo 123, al reconocer la necesidad y establecer la utilidad social de constituir cajas de seguros populares para asumir las consecuencias de la invalidez, la cesación involuntaria en el trabajo y demás riesgos inherentes a las relaciones obrero-patronales. En 1929 se declaró de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social, pero realmente surge hasta el año de 1943. Treinta años después se emite un nuevo ordenamiento: la Ley del Seguro Social ahora vigente.

III. 1) Entre las instituciones nacionales de la seguridad social destaca, por el volumen de renglones que atiende y por el número de sus asegurados y beneficiarios el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Este instituto tiene una composición tripartita (representantes obreros y patronales bajo la rectoría del representante gubernamental) y otorga prestaciones de seguridad social en el campo de las actividades productivas en general, es decir, a los trabajadores (sin olvidar a sus causahabientes) que rigen sus relaciones laborales por el apartado A del artículo 123 constitucional y la ley reglamentaria, de este (la LFT). Entre los órganos del IMSS baste citar a los que la LSS considera como "superiores": la Asamblea General el Consejo Técnico, la Comisión de Vigilancia y la Dirección General.

Los actos definitivos del IMSS pueden ser impugnados por los patrones y demás sujetos obligados, así como por los asegurados y sus beneficiarios, ante el aludido Consejo Técnico, a través del recurso de inconformidad. Pero estos últimos pueden hacer caso omiso del recurso y plantear directamente el conflicto ante la junta federal de conciliación y arbitraje.

Para garantizar la puntualidad del cumplimiento patronal en materia de seguridad social, las cuotas que deben entregarse al IMSS son consideradas

---

<sup>13</sup> BRICEÑO RUIZ, Alberto, Derecho Mexicano de los Seguros Sociales, Harla, México 1987, págs. 25-47.

como aportaciones fiscales y, por ende, en caso de retraso, se someten al procedimiento económico-coactivo.

En la actualidad se busca -es una corriente doctrinaria importante- evitar la interferencia de las juntas de conciliación y arbitraje y del Tribunal Fiscal, con el fin de que los conflictos entre los trabajadores y beneficiarios con el IMSS y de éste con los patrones, se estudien y diriman en un tribunal especial de seguridad social, tal como existe en algunos países europeos (Alemania Federal).

2) El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) se ocupa de las prestaciones que en materia de seguridad social deben ser proporcionadas a los trabajadores del servicio civil de la federación y del departamento del Distrito Federal, así como a quienes dependen de organismos públicos incorporados por decreto, o por convenio a su régimen; incluyendo en un ámbito particular a los pensionistas y familiares derechohabientes.

El ISSSTE (siglas populares de este instituto) se ocupa de preservar la salud de los trabajadores federales del Estado y de proporcionar las prestaciones propias del régimen a estos servidores públicos, quienes rigen sus relaciones laborales a través del apartado B del artículo 123 constitucional y de la ley reglamentaria de éste, la Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado. Sus órganos de gobierno son: la Junta Directiva, el Director General y la Comisión Ejecutiva del Fondo de la Vivienda.

3) El Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México (ISSFAM) es un organismo público descentralizado federal, encargado de las prestaciones clínicas, asistenciales, culturales, etcétera, para todos aquellos miembros de la corporación militar y la armada nacional. Sus órganos de gobierno son la Junta Directiva y el Director General.

4) Existen diversas instituciones cuyas funciones se pueden caracterizar válidamente dentro del ámbito de la seguridad social, bien por fortalecer la prestación esencial que es el salario, bien por brindar cultura, recreación, esparcimiento, etcétera.

Entre otras, podemos citar el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT), el Fondo de la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (FOVISSSTE), el Fondo de la Vivienda Militar (FOVIMI) el Fondo de Fomento y Garantía para el Consumo de los Trabajadores (FONACOT), el Consejo Nacional para la Cultura y Recreación de los Trabajadores (CONACURT), etcétera.

5) En las entidades federativas existen leyes del servicio civil y disposiciones colaterales y complementarias que crean oficinas de pensiones, sistemas hospitalarios y de ayuda económica y cultural para los empleados estatales y municipales.

La seguridad social tiene entonces como objetivo proteger al individuo de los riesgos para evitar que caiga en un estado de necesidad social (falta de vivienda, desempleo, vejez, discriminación, etcétera).

Es entonces la garantía otorgada por la colectividad a todos sus miembros para mantener sus niveles de vida o por lo menos condiciones de vida decorosas, gracias a la redistribución de ingresos que descansan sobre la solidaridad social.

#### **1.4. Seguro Social.**

Se puede definir como “la institución o instrumento de la seguridad social mediante la cual se tiende a garantizar, solidariamente organizados los esfuerzos del Estado y la población económicamente activa, para atender a los riesgos y contingencias a que están expuestas y aquellas que de ella dependen a fin de lograr el mayor bienestar social, biológico, económico y cultural posible, que permita a todos una vida cada vez más auténticamente humana”.<sup>14</sup>

Según la doctrina del Derecho Administrativo, el servicio público es una actividad realizada preponderantemente por la Administración Pública, que tiene por fin satisfacer una necesidad colectiva, de carácter material, económico o cultural, por medio de prestaciones sujetas a un régimen jurídico que les impone adecuación, regularidad y uniformidad.<sup>15</sup>

Por su parte, Rafael Tena Suck y Hugo Italo Morales, nos dan la siguiente definición teleológica:

“El Seguro Social se ha definido como el instrumento básico de la seguridad social, de orden público, por medio del cual quedan obligados, mediante una cuota o prima que cubren los patrones, los trabajadores y el

---

<sup>14</sup> GONZALEZ DIAZ, Francisco, El Derecho Social y la Seguridad Social Integral, UNAM, México 1973, pág. 13.

<sup>15</sup> El Plan de Seguridad comprende tres partes. En primer lugar, un programa completo de seguros sociales en prestaciones de dinero. En segundo lugar, un sistema general de subsidios infantiles, tanto cuando el padre gana dinero como cuando no lo gana. Finalmente, un plan general de cuidados médicos de todas clases para todo el mundo.

Estado, a entregar al asegurado o beneficiarios, una pensión o subsidio, cuando se realizan algunos siniestros o riesgos que protege o ampara”.<sup>16</sup>

Ahora bien, podemos concluir que el seguro social es entonces efectivamente un instrumento de la seguridad social, es decir un medio para garantizar una vida decorosa logrando un beneficio para la colectividad protegiéndolos de las contingencias sociales.

Entonces tenemos que es un medio a través de la participación de un trabajador, un patrón y el Estado mediante una cuota que deben cubrir se otorgue una pensión o subsidio al asegurado cuando se presente un riesgo o contingencia social.

### **1.5. Régimen Voluntario.**

Entre los principios de doctrina conveniente distinguir el régimen obligatorio del régimen voluntario, cuyo fundamento reside en la posibilidad de inscribirse en el Instituto. El principio general es el de la obligatoriedad del Seguro, tanto para garantizar los aspectos financieros como los beneficios a la población protegida. Sólo como excepción puede instaurarse el régimen voluntario o el facultativo.<sup>17</sup>

Es voluntario el régimen que permite a una persona incorporarse, pero una vez inscrita no puede darse de baja mientras subsista la causa que motivo su afiliación. Facultativo, cuando pueda darse de baja, de forma expresa o tácita (por dejar de pagar).

De conformidad con lo previsto por el Título Primero, Capítulo VII, de la Ley del Seguro Social, el asegurado con un mínimo de 52 cotizaciones semanales acreditadas en el régimen obligatorio, al ser dado de baja tiene el derecho a continuar voluntariamente en el mismo, bien sea en los seguros conjuntos de Enfermedades y maternidad y de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte, o bien en cualquiera de ambos a su elección, pudiendo quedar inscrito en el grupo de salario a que pertenecía en el momento de la baja o en el grupo inmediato inferior o superior. El asegurado cubrirá íntegramente las cuotas obrero-patronales respectivas y podrá enterarlas por bimestres o anualidades adelantadas (Artículo 194 de la Ley del Seguro Social).

---

<sup>16</sup> BEVERIDGE William, Las Bases de la Seguridad Social, Trad. Teodoro Ortíz, Fondo de Cultura Económica, México, 1946; pág. 65.

<sup>17</sup> BRICEÑO RUIZ, Alberto, Ob. Cit., pág. 213.

A diferencia del régimen ordinario, existen aspectos de excepción en la Ley del Seguro Social en que interviene la voluntad o se requiere acuerdo de voluntades para celebrar verdaderos contratos de seguro que se formalizan, ya sea en forma de contratos de adhesión, o bien de un derecho del que puede hacer uso o no algún particular y ejercitarlo frente al instituto para adquirir la situación jurídica de asegurado o continuar con ella aun cuando no esté afecto al seguro obligatorio.

En estos aspectos encontramos, en primer lugar, la continuación voluntaria del régimen obligatorio, que tiene como finalidad propiciar o facilitar que una persona que ha estado inscrita en el régimen obligatorio y deja de estarlo, no pierde por este hecho en forma definitiva sus derechos en curso de adquisición para prestaciones que requieren largo plazo de cotizaciones y edad avanzada, o la protección en la rama de enfermedades y maternidad.<sup>18</sup>

Esta figura representa para el asegurado y sus derechohabientes, las siguientes ventajas:

A) Conservar la calidad de asegurado, con derecho a todas las prestaciones en especie y en dinero inherentes a los riesgos de enfermedades y maternidad, o de invalidez, vejez, cesantía y muerte, aun cuando ya no esté inscrito en el seguro social obligatorio.

B) Impedir que se pierdan los derechos en curso de adquisición, porque transcurran los plazos establecidos en la Ley del Seguro Social de “conservación de derechos”, en las ramas de enfermedades y maternidad o de invalidez, vejez, cesantía y muerte.

Esta figura es similar a un contrato de seguro que se formaliza por adhesión, y en virtud del cual se conserva o requiere la situación jurídica de asegurado en el régimen obligatorio, a pesar de que el trabajador haya sido dado de baja de éste y no siga como titular de los derechos o prestaciones en especie y en dinero correspondientes a los riesgos de enfermedades y maternidad, o de invalidez, cesantía en edad avanzada y muerte, o de ambos.

El término voluntad, se puede entender como la manifestación espontánea, la libre determinación que realiza una persona respecto de algo, englobando en ella su disposición, la intención, la facultad que le mueve a hacer o no hacer una cosa, como se observa dentro del régimen voluntario no se presenta totalmente el tópico en mención ya que en dicho régimen encontramos ciertas imposiciones para optar por el mismo como lo es acreditar una calidad específica para en su caso, incorporarse por primera vez o reincorporarse lo que desvía un poco el sentido del término utilizado. Tenemos pues que la

---

<sup>18</sup> BAEZ MARTINEZ, Roberto, Derecho de la Seguridad Social, Trillas, México 1991, pág. 50.

voluntad se presenta al momento de encuadrarse en las circunstancias previstas en la ley, y así de esta manera los que se encuentren dentro de la misma pueden manifestar su intención de incorporarse al régimen voluntario, de manera tal que mediante un formato o contrato de adhesión se someta a lo que prevé dicha institución, habiendo la voluntad de acceder a sus condiciones, puesto que no es una obligación en virtud de no ser forzoso su incorporación a menos que se encuentre en la disponibilidad de aceptar cada uno de sus requisitos. Además, que dicha figura en cierta manera vinculada al régimen obligatorio al tratarse de conservación de derechos en cuanto a ramas en específico, o en particular por lo que hace al seguro de salud para la familia, de incorporarse con la finalidad de poder acceder a servicios de salud sin que media relación laboral.

Podemos considerar como voluntario una alternativa a la que se puede optar de forma espontánea y libre por parte de la persona que de acuerdo a los requisitos que se exijan se encuentre en la posibilidad de elegir.

Así tenemos, que el régimen voluntario puede ser considerado como una vía para personas no derecho habientes de recibir atención médica, así como para personas que pertenecieron al régimen obligatorio y deseen continuar dentro del seguro social, y esto es dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social que contempla este régimen para cubrir al sector de la clase trabajadora no afiliada dentro del mismo, por lo que a quien decida continuar tendrá que cubrir las aportaciones que le correspondía y además las del patrón, para poder así tener derecho a algunas de las prestaciones que le brindaban cuando se encontraba incorporado por lo que vendría a ser una especie de reincorporación, mientras que tratándose de los no derecho habientes hablamos de una figura denominada Seguro de Salud para la Familia quienes podrán tener acceso al mismo mediante una cuota de recuperación.

## **1. 6. Seguro Popular.**

Es un instrumento de transferencia de subsidios a través de un paquete de servicios médicos. Su objeto es proteger a la población que no cuenta con seguridad social formal y con alto riesgo de empobrecimiento por gastos de salud.<sup>19</sup>

Es un instrumento que permite la protección financiera de la población sin seguridad social, a través del aseguramiento público para las familias y

---

<sup>19</sup> Plan Nacional de Desarrollo, Centro de Estudios Sociales y Opinión Pública, México 2005, pág. 3.

ciudadanos que por su condición laboral o socioeconómica no son derechohabientes de instituciones como el IMSS o ISSSTE entre otras. Este tipo de protección financiera es respaldada por recursos solidarios (subsidios) del gobierno federal canalizados a las entidades federativas.

El seguro popular, puede ser considerado entonces como un medio a través del cual el Estado va a transferir subsidios mediante un paquete de servicios médicos con el objeto de proteger a la clase no derecho habiente, es decir aquella que no tiene acceso a alguna institución de seguridad social, por lo que con el fin de cuidar su ingreso les aplica un estudio socioeconómico para determinar cual será el monto a cubrir en base a las percepciones que manifiesten y así poder acceder a los servicios de salud que brinda dicho seguro. Ahora bien, tenemos que dicho seguro se lleva a cabo a través del Sistema de Protección Social en Salud que reglamenta la Ley General en Salud, así como su respectivo reglamento, el cual instituye las bases para su afiliación, los órganos que lo constituyen, su organización, funcionamiento y estructura.

Así tenemos que para poder entender la protección en salud debe decirse que es un mecanismo por el cual el Estado va a garantizar el acceso efectivo y oportuno de salud, sin que las personas que deseen afiliarse al mismo sufran un desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social, contemplándose como mínimo lo servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención. Por tanto, el Sistema de Protección Social en Salud se va a entender como en conjunto de acciones de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, tendientes a la obtención de servicios en salud a la que tienen derecho todos los mexicanos de acuerdo a lo preceptuado en nuestra Carta Magna en su artículo 4º tal y como se establecerá en el respectivo capítulo relativo al marco jurídico.

Para comprender lo anterior es necesario también establecer que los Regímenes Estatales, van a ser considerados como los Estados de la República y el Distrito Federal que a través de acuerdos de coordinación se van a encargar de realizar las acciones correspondientes a fin de dar cumplimiento a los preceptos o lineamientos que dieron origen al Sistema de Protección Social en Salud, coordinados por la Secretaría de Salud.

Finalmente tenemos que de los anteriores conceptos se puede observar una relación estrecha entre todos, ya que cada uno se sirve de otro y de base para lograr principios comunes como lo son:

1. Proteger a la clase económicamente débil.
2. Lograr el bienestar social.
3. Cubrir las contingencias sociales.
4. La participación del Estado.
5. Evitar las desigualdades sociales.

Tomando en cuenta lo anterior y de cómo es que fueron surgiendo los conceptos que aquí se aluden, es indispensable remontarnos a su origen para poder conocer como fueron evolucionando a través del tiempo y así llegar a ser las figuras que son, trascendiendo a lo largo de la historia, adecuándose a las circunstancias que se presentaron en las diferentes épocas hasta llegar a la actualidad.



## **CAPITULO SEGUNDO**

### **MARCO HISTORICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

#### **2.1. Antecedentes históricos**

Como ya se mencionó en el capítulo precedente la seguridad social a lo largo del tiempo ha cambiado ajustándose a las necesidades sociales y es por ello que para lograr un mayor entendimiento de los conceptos vistos con anterioridad, es necesario ver cómo surgieron y se fueron desarrollando, por lo que a continuación nos enfocaremos a hablar de sus antecedentes.

##### **2.1.1. Antigüedad**

El ser humano vive bajo la amenaza ineluctable de la inseguridad. El temor une a las personas y las identifica, mediante el parentesco, con la primera organización social, controlada por los más ancianos, en lo que suele denominarse gerontocracia. En los albores de la humanidad, el mal como amenaza lo producen los demonios, a quienes se debe expulsar; de manera ocasional, y cuando el individuo es el poseso, hay que exorcizarlo.

En La Iliada por ejemplo, se cuenta que los griegos mueren de una enfermedad epidémica, una peste, representada por las flechas de Apolo.

Hay que sacrificar a los dioses para volverlos propicios, ofrendarles víctimas expiatorias, humanas o animales. Por ello, son muchas y portentosas las gracias que el hombre primitivo o el grupo tribal espera de los dioses, y terroríficos los daños a que están expuestos.

El hechicero deviene en sacerdote, en rey; el jefe carismático -que también actúa como el primitivo médico- está representado en Egipto por los *pastofers* y, entre los caldeos, por los *kakamin*, conjuradores y teósofos.

##### **2.1.2. Grecia**

Grecia, al evolucionar el espíritu de su civilización, fue conducida por su propio genio a la “ruptura con el mito”, como en expresión elocuente dijera Jacobo Burckhardt, tanto que cuando se quería perder un filósofo, por cualquier razón política, se iniciaba el proceso de asebia (impiedad). Conservamos como testimonios las acusaciones y condenas en contra de Anaxágoras, de Pitágoras y de Sócrates.

La medicina de los griegos no es ya el procedimiento mágico o la imposición del tabú. No se concibe a la enfermedad como debida a la maligna

influencia de dioses o demonios; esto es, de seres sobrenaturales. Los griegos fueron objetivando el mal y el sistema médico llegó a fundarse en la observación acumulada sistemáticamente.

Serófilo, médico y filósofo, escribió con acierto: “la ciencia y el arte no tienen nada que enseñar; el ánimo es incapaz de esfuerzo, la riqueza inútil y la elocuencia ineficaz, si falta la salud”. Sin embargo, según testimonios históricos, en aquella sociedad no se registran instituciones encaminadas a remediar los daños sociales y las eventualidades del ser individual<sup>20</sup>.

Las clases superiores no llegan a sentir -aunque no estén necesariamente libres de los riesgos- el flagelo de la angustia del mañana; por el contrario, las clases serviles, asimiladas al trabajo dependiente, pueden sentirla pero no remediarla. Uncido a la rueda del molino, el esclavo rumiaba los pensamientos oídos a Zenón en la Stoa de Pecile.

La solución utópica a los males sociales la imagina Platón en la República. Un Estado es una integración de quienes tienen necesidades y de quienes aportan los medios de satisfacerlas. Si las necesidades elementales del hombre en la primera sociedad son el alimento, la habitación, el vestido y el calzado, se impondrá entonces la existencia de un agricultor, de un albañil, de un tejedor y de un zapatero. En la cúspide del Estado platónico, los gobernantes serían escogidos de entre quienes demostrara mayores deseos de hacer sólo lo que redundara en bien del país y de no tolerar algo contra sus intereses; deber ser, pues, los mejores de la sociedad, porque mientras los reyes no sean filósofos o los filósofos reyes, nunca concluirán las miserias de las ciudades ni la raza humana será feliz. Los guardianes, cuidadosamente seleccionados, serían dueños de provisiones y de una situación que no los distinguiría mucho de los veteranos; y así, acostumbrados a privaciones, comerían y vivirían en común como soldados en el campamento, ya que si poseyeran casas y tierras, o moneda, se convertirían en mayordomos y labradores y, en lugar de ser aliados de los ciudadanos devendrían en sus enemigos, odiarían y serían odiados, conspirarían y serían atacados, con lo que pasarían su vida entre temores de los de fuera y de los de dentro y habría de llegar la hora de su ruina y la destrucción del Estado<sup>21</sup>.

En su obra Los Sistemas Socialistas, Pareto puede calificar de socialismo utópico a esta concepción platónica. En realidad, filosófica y etimológicamente es más socialista que el socialismo moderno, ya que en esta

---

<sup>20</sup> BRICEÑO RUIZ, Alberto, Ob. Cit., págs. 45 a 47.

<sup>21</sup> Ibidem. pág. 23.

utopía la sociedad es el fin último al cual se subordina el individuo. El principio que informa el pensamiento de Platón y en general de todos los utópicos, es satisfacer las necesidades humanas en la medida que éstas existen y se presentan en su totalidad, contrariamente a lo que impone la realidad objetiva, donde la satisfacción de la necesidad se ve medida y limitada por las posibilidades.

### **2.1.3. Roma**

Séneca, el filósofo estoico romano- córdobes, pidió la regulación más humana de la esclavitud. Algunos emperadores siguieron dicha regulación, como Claudio quien decretó la libertad de un esclavo abandonado por su amo a causa de enfermedad o vejez. Por su parte, Adriano prohibió matar a los esclavos sin sentencia de un magistrado; mientras Antonio Pío instituyó que los esclavos maltratados por sus amos podían quejarse ante los magistrados.

En el Derecho Romano, el poder autocrático del pater familias sobre las personas y bienes de sus hijos fue decreciendo por medidas legales, como la de Caracalla, que prohibió la venta de los hijos, salvo en caso de extrema miseria. Adriano castigaba los abusos del derecho del padre a matar a sus hijos; los emperadores Antonio Pío y Marco Aurelio abolieron la facultad del progenitor para obligar a su hijo o hija adulto a divorciarse de su esposa o marido con quien había vivido en matrimonio sine manu. Augusto concedió a los soldados que estaban bajo la patria potestad el derecho de usar con independencia la propiedad que hubieran adquirido durante su servicio en el ejército.

La teoría de la culpa aquiliana atribuye al patrón o empresario la compensación del riesgo profesional, aunque posteriormente aparezca el concepto de la responsabilidad objetiva del riesgo.

Con criterio protector, Antonio Pío reguló el ejercicio de la medicina al limitar el número de médicos que podrían ser nombrados por las ciudades, según sus habitantes, con goce de exención de cargas municipales.

La historia romana, como dijera Mommsen, es un proceso de integración: de la primitiva romana con la federación de las gentes de las colinas del Tiber a la formación de las urbes, pasando por la hegemonía sobre el Lacio y la sucesiva incorporación de territorios, al Imperio Romano.

Epicuro enseñó que la felicidad y los intereses de los individuos son anteriores y superiores a los de la sociedad; y que ésta y el Estado existen solamente para proteger al individuo. El objetivo es el placer, no el corporal sino aquel que contribuya a la alegría del alma y a la liberación de sus dolores y de los del cuerpo.

No faltaron en Roma instituciones, que de manera directa o indirecta, organizaron la ayuda a los asociados, una acción sistemática con objeto de mitigar los efectos de la inseguridad social.

Plutarco, en sus *Vidas Paralelas*, atribuye a Numa la distribución del pueblo en organizaciones por artes y oficios a fin de crear un interés profesional de solidaridad colectiva y religiosa frente a las facciones políticas.

La opinión más generalizada parte de la aparición de los colegios propiamente dichos en la época de Servio Tulio, donde se define la *Sodalitia*.

En el siglo I a. C., en los años 67 a 64, la Ley Julia abolía los colegios y la *sodalitia*; más tarde Julio César los restauraría, en el año 59, para volver finalmente a suprimirlos<sup>22</sup>.

La organización de los colegios romanos estaba bajo la potestad del senado o del emperador. Trajano, Marco Aurelio y Alejandro Severo fueron los primeros en otorgarles privilegios o extenderlos a las provincias, pero conservando al mismo tiempo la docilidad como instrumentos de su política interior o exterior.

Su administración quedaba a cargo de los *duunviro*s o de los *cuatroviro*s, magistrados elegidos cada cinco años, con un patrón como jefe supremo y como principal defensor de las corporaciones ante los poderes públicos, aunque tal defensor lo era más de nombre que de hecho. Los colegios aparecen también íntimamente ligados al Estado, puesto que las artes a que se dedicaban eran indispensables para la vida del pueblo. Entre ellos se encontraban a los navegantes, panaderos, carniceros, etcétera.

Mommsen estima que los colegios romanos fueron, en cierto sentido, sociedades de socorros mutuos; Waltzing, por su parte, reduce esta actividad de las entidades a los funerales y exequias, siendo la asistencia mutua general una excepción; Waltzing considera a las *diaconías*, en los albores de la nueva religión como el *premier* testimonio de la sociedad de socorros mutuos en la historia. La sociedad de socorros mutuos tenía como propósito la práctica de la caridad. Una nueva moral, trascendente y religiosa, impulsa a la solidaridad humana, lo que obliga a proporcionar alimento y enterrar a los muertos pobres, proteger a los indigentes y huérfanos y auxiliar a los ancianos.

---

<sup>22</sup> *Ibidem*, pág. 48.

## 2.2. Edad Media

Se inicia la Edad Media en el periodo de las migraciones de pueblos. La violenta presión de hunos y avaros obliga a los germánicos, ostrogodos, visigodos, gótipos, suevos, longobardos, vándalos, francos y borgoñones a abandonar las tierras que ocupaban y a forzar el límite del Imperio romano. La caída gradual de la influencia política de Roma en el Occidente no implicó la total desaparición de las formas de civilización romana, sino solamente su gradual empobrecimiento, que hubiera terminado con la desaparición absoluta de no media la posterior hegemonía de la Iglesia católica. El feudalismo, como sistema de protección general, fracasa. Los malos usos, la codicia y los abusos de poder de los señores fueron haciéndose cada vez más asfixiantes.

La ayuda al prójimo (concretamente, la ayuda al necesitado y al desvalido) se materializa en el ejercicio de la caridad, concepción y norma moral de tipo religioso, trascendente, desinteresada en lo terrenal y merecedora de una recompensa celestial.

Iglesia, obispos y párrocos, conventos y monasterios, crean establecimientos para socorrer las necesidades humanas, escuelas para enseñar (al ignorante.), hospitales para la cura de los enfermos, casas de caridad destinadas al cuidado y educación de los huérfanos, organizaciones para la asistencia domiciliaria de los necesitados y dolientes. Esta obra socia es beneficencia de tipo eclesiástico si la organiza y presta directamente la jerarquía de la Iglesia o el monasterio; y privada, si aun inspirada en la caridad, el socorro es prestado por el seglar, señor o vasallo, artesano, grupo de individuos particulares, corporación o asociación laica.

En las organizaciones de caridad, existen personas que prestan materialmente el servicio, y tanto las que lo sufragan con su dinero o con sus propiedades como las que organizan y dirigen, trabajan y se sacrifican sin la esperanza de premio en la vida terrestre; es la virtud la que mueve el amor al prójimo y el anhelo de recompensa en la otra vida. Quien recibe el beneficio, el asistido o socorrido, es conceptualmente un favorecido y nunca puede presentarse como el sujeto activo de un derecho, como acontece en el Seguro Social.

La ayuda no es medida por la necesidad en sí misma: la necesidad creaba la causa de servicio, pero la cuantificación de la ayuda o del servicio ofrecidos lo constituían y limitaban las disponibilidades económicas con que contaba el particular, la institución o la fundación caritativas (al contrario de lo que acontece en el Seguro Social, donde la medida de la atención la determina la misma necesidad).

También en el medioevo se imaginó y reguló otra concepción: la de considerar como titulares de los bienes adscritos en los hospitales o refugios a los enfermos mismos, a los pobres, a los leprosos, y en varios documentos encontramos estas donaciones pauperios, en virtud de las cuales se organizan corporativamente nombrando comisiones para administrar. Ahora bien, en la mayoría de los casos, el hospital era donado a un santo; hacia el siglo XII, se refería a las órdenes religiosas.

### **2.2.1. Gremios y guildas**

En ciudades de origen germano, aparecen las guildas, asociaciones de defensa y asistencia. Las comidas en común con participación de los pobres, propias de una fraternidad; la asistencia mutua en caso de enfermedades, la solidaridad defensiva de los cofrades ante agresiones, son sus normas típicas. Estas organizaciones se extendieron en Alemania, Dinamarca e Inglaterra; los estatutos más antiguos datan del siglo XI: Las cofradías de artesanos tuvieron su origen en Italia, en las organizaciones religiosas que fueron conocidas con el nombre de Scholae, que no eran otra cosa que agrupaciones de hombres dedicados a la misma actividad e identificados en el deseo de practicar colectivamente el culto.

Desde 1271, las corporaciones de artesanos entregaban a los socios pobres y enfermos parte de sus rentas en forma de subsidios en lazareto. Por la misma época aparecen las cofradías en los reinos cristianos hispánicos de la Reconquista<sup>23</sup>.

Algunos autores opinaban que el gremio de la Edad Media deriva de la confluencia de los collegiae romanos y de la guilda germánica.

En España se encuentra fundada y comprobada la existencia de las cofradías y de los gremios. La cofradía benéfica religiosa primero, influida o no por corrientes extranjeras, los oficios regulados por los fueros municipales después, es decir, de la conjugación de la cofradía con el oficio nace la cofradía gremial. Es en las cofradías gremiales donde surge, como vínculo comunitario, el espíritu e interés profesional.

El gremio es la corporación de artesanos, el oficio unido y reglamentado. En su posterior desarrollo, las normas serán tan estrictas que se cerrará la corporación: reglas de exclusividad, de jerarquía, privilegios y predominio del interés profesional sobre el incentivo de la caridad social, que lo vincula a las viejas familias de artesanos.

---

<sup>23</sup> Idem.

### 2.2.2. Ordenes mendicantes

Nos pueden servir de ejemplo las fundadas por San Francisco de Asis y San Benito. Francisco, hijo del mercader de paños Pedro Bernardote, desposó con la pobreza. Se le revelaron las palabras del Evangelio; “Id y predicad que el Reino de los cielos se está acercando. Curad a los enfermos, resucitad a los muertos, limpiad a los leprosos y echad a los demonios, hacedlo de gracia, como de gracia lo habéis recibido. No llevéis oro, ni plata, ni cobre en los bolsillos. Ni dos túnicas ni zapatos, ni calzado, Pedid y se os dará”.

No esperan los franciscanos al pobre, su hermano: van en su busca. Averiguan dónde hay un enfermo para acudir en su socorro y cuidarlo; donde obligue la desgracia, para ofrecer el consuelo. Conviven con los miserables, dan el consejo y otorgan la ayuda.

### 2.2.3. Seguros privados

Las sociedades de capitales aparecieron en Roma con las sociedades arrendatarias de tributos y, en la Edad Media sobre todo, en las empresas colonizadoras. La creación de las sociedades mercantiles responde en gran parte a la intuición de los riesgos. Los riesgos propiamente mercantiles se van repartiendo entre los socios; la tendencia es distribuir el riesgo total<sup>24</sup>.

El seguro marítimo es la primera forma de seguros que aparece y de él nacen las demás aplicaciones. NE 1309, en un decreto dictado por el Dux de Génova, se emplea por primera vez la palabra aseguramentum, con la aplicación del moderno contrato de seguro. En el mismo siglo XIV, en los libros de la casa de Francisco del Beneficio de la Suspensión Condicional de la Ejecución de la Pena aparece una sienta que anota gastos por dos actas que se hicieron para la seguridad de unos fardos, y se registran también a favor de Lepo y Dorso de Bardi 505 florines y 9 sueldos por el riesgo de unos paños que habían sido transportados a Francia y a Florencia; asimismo, en el Archivo de Génova se conservan contratos que dan idea del desarrollo del seguro marítimo<sup>25</sup>.

Según Benítez de Lugo, la primera norma jurídica escrita, obligatoria, que regula cabalmente los riesgos, aparece en los capítulos de las Cortes de Tortosa en 1402, convocados por el Rey Fernando, en los cuales se establece minuciosa y regularmente el seguro contra la huida de esclavos. Son características del aseguramiento la obligatoriedad en cuanto a los esclavos mayores de 10 años, con valor fijado por su dueño en el momento de iniciarse

---

<sup>25</sup> CARRILLO PRIETO, Guillermo, Panorama del Derecho Mexicano (Derecho de la Seguridad Social), Mc. Graw Hill, México 1997, pág. 48.

el seguro por inscripción en el registro, pagando por los asegurados una prima anual, por semestres, proporcional a la estimación registrada. En caso de siniestro, esto es, si ocurría el riesgo previsto de la fuga del esclavo y no se le restituía al poder de su dueño en el plazo de dos meses, el seguro pagaba al propietario el importe del valor asegurado. Es el primer ejemplo de un seguro a prima fija, que se aplicará inmediatamente al seguro de mar.

Con posterioridad, en 1435, un edicto de los magistrados de Barcelona precisa y regula el seguro de mar, siendo obvio que, conocida la formación consuetudinaria del derecho marítimo, debe tenerse por averiguado que el Edicto recogía usos y costumbres más antiguos normativos del seguro en aquel puerto; esta disposición fue incluida en el libro Consulado del Mar, edición 1494, con las rúbricas de las buenas costumbres y buenos usos del mar. Es de recordar que la forma de seguro regulada en este Edicto de 1435, es de prima fija.

Podríamos citar sobre esta materia las Ordenanzas emitidas por el Gran Consejo de Venecia en 1468; los Estatutos de Florencia de 1522, en los que figuran formularios para la redacción de pólizas y los de Génova de 1588.

Con el seguro marítimo se ha definido el concepto de riesgo y se inicia la técnica del aseguramiento contra el mismo; con el seguro contra las pérdidas por huida de esclavos, como hemos visto, aparecen el aseguramiento por prima fija, que los propio catalanes inventaron con la técnica del seguro marítimo. Luego, irá extendiéndose el aseguramiento y su técnica será aplicada a otra clase de riesgo.

El concepto de riesgo, apropiado para el seguro privado, pero criticando en el Seguro Social, se separa fundamentalmente del de desgracia y otorga al afligido por la pérdida o necesidad; no es ya el favorecido sino quien ostenta un derecho a la compensación por riesgo cubierto. La técnica del seguro se aplicará en definitiva al Seguro Social, con finalidad y propósitos diferentes.

La ciudad de Burgos sigue a Barcelona en la iniciativa de la legislación, sobre el seguro. Los comerciantes obtuvieron en 1494 la jurisdicción consular para la materia mercantil, publicando el Consulado varias regulaciones confirmadas por Don Carlos y doña Juana en pragmática del 18 de septiembre de 1538, con el título de Ordenanzas para los Seguros Marítimos. Felipe II dictó unas ordenanzas especiales para la casa de Contratación en Sevilla, en las que trata de los seguros en los párrafos 161-162, prescribiéndose para evitar los muchos abusos que se cometían y asegurando algunas personas todo su hacienda, en secreto o en confianza, con diversos aseguradores que cobran después dos o tres veces el valor de lo que se perdió. En adelante, todo seguro, será público de la manera que es costumbre ser, y nulo si no cumple con este requisito; en el caso de navíos, no pueden asegurarse por más de dos terceras



partes de su valor, corriendo el asegurado el riesgo de la diferencia. De ello se infiere que el seguro se había extendido a riesgos distintos de los marítimos. El Cuaderno de Alcabalas, dispuesto por los Reyes Católicos en 1491, ley 135, mandaba que los aseguradores no recibieran más de la vigésima parte de la libranza, al llevar estas rentas de un lugar a otro.

En los Países Bajos, en 1594, se publicaron unas ordenanzas estudiadas previamente por una comisión nombrada al efecto, en virtud de reclamaciones y quejas debido a la frecuencia y aumento de los siniestros marítimos, encaminados a poner límite a los fraudes y baraterías que se empleaban, cuyas anomalías deducía la comisión que podían ser originadas en el mayor valor con Ordenanzas Amberes, promulgadas por Felipe II en Bruselas, en las que se nulificaban todos los contratos de seguros contrarios a las normas; que los seguros sobre mercaderías serían según costumbre de la Bolsa de Amberes y con arreglo a la póliza, cuyo modelo establecía, una vez ultimado el contrato, prohibiera el cambio de ruta, fijando las reglas que habrían de seguirse para valorar los efectos del seguro del casco del buque, de los aparejos y de las mercaderías. También en esta época son de interés las Ordenanzas de los Cónsules de España en Brujas<sup>26</sup>.

Las ordenanzas de 1570 dictadas por Felipe II y publicadas por el duque de Alba, gobernador de los países bajos, previó la intervención del Estado en los seguros y se nombró comisario a Diego González de Gante. Estas ordenanzas prohibían todavía el seguro sobre la vida, pero hay indicios vehementes de que se practicaba.

### **2.3. Transición a la Época Moderna**

En el siglo XVI, Tomás Moro escribió la Utopía. Gracias a su alta posición en la corte de Enrique VIII de Inglaterra y debido a su depurada sensibilidad, como lo expresa su propia obra, Moro pudo percibir, angustiosa y dolorosamente, los defectos sociales. Aumentaba la miseria; al tiempo que se producía un cambio en las condiciones económicas: las industrias de tejidos de lana se habían desarrollado de modo extraordinario, muy especialmente en Flandes, por lo que la cría de carneros se convirtió en una pingüe fuente de ganancias

Los que vivían del trabajo agrícola quedaron sin ocupación y sin pan, debido a lo cual fueron diseminándose; la vida vagabunda y la miseria constituyeron el destino de los campesinos desposeídos en los siglos XV y XVI.

---

<sup>26</sup> BRICEÑO RUIZ, Alberto, Ob. Cit., págs. 48-49.

H. E. Barnes y H. Becker han resumido lo esencial de la teoría de Moro:

1. Abolición de la propiedad privada.
2. División del trabajo según método de sentido común y general adaptabilidad;
3. Conservación de la vida familiar como unidad de la organización social, idea con la que difiere notoriamente Platón.
4. Abolición del dinero como “raíz de todo mal”.
5. Reducción de la jornada de trabajo a seis horas, tomándose las medidas adecuadas para asegurar el recreo, la educación y la protección contra lo que Moro consideraba como vicio.
6. Libertad de creencias religiosas.
7. Gobierno de forma monárquica, con elección del monarca por el pueblo, mediante procedimiento indirecto.

Claro la Utopía de Moro, como todas las concepciones análogas - anteriormente la República de Platón, y en la misma época, Nueva Atlántida de Bacon y La Ciudad del Sol de Campanella- no ofrecen soluciones tópicas y pragmáticas ante la inseguridad social. Resultaría contradictorio con la propia esencia de la obra. Se tiende a promover un cambio radical de la sociedad. Si variando la estructura social -y, como corresponde, al gobierno- los daños desaparecen, no tiene sentido que se ofrezcan medios singulares para combatir dichos daños.

Enrique VIII, por ejemplo, en la Ley de 1534 afronta la situación que Tomás Moro ha evocado con sombríos tonos, intentado limitar los latifundios y corregir los males que de ellos se derivan y acusan: “Varios y muchos súbditos del Rey.... No sólo han arruinado ciudades e iglesias y aumentado los antiguos tipos de renta.... Sino también han elevado y aumentado los precios de toda clase de trigo, ganado, gansos, gallinas, pollos, huevos y otras clases, casi el doble de lo que hasta ahora se había acostumbrado pagar...”.

La asistencia social en Inglaterra se volvió tan necesaria y apremiante como puede apreciarse por los sombríos reflejos de la obra de Tomás Moro.

El gobierno inglés hubo de asumir la función que habían sido cumplida en parte por las instituciones de caridad. En 1531 Enrique VIII promulgó un estatuto especial donde disponía que alcaldes, jueces y otros funcionarios locales practicasen una búsqueda e investigación de indigentes, de personas ancianas o incapaces para el trabajo, quienes debían subsistir mediante la limosna<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> Ibidem. pág. 29.

Se habría de consignar un registro especial con el fin de otorgar a las personas afectadas una cédula de identidad con autorización para solicitar caridad.

En el reinado de Eduardo II, con el Estatuto de 1547, se reanuda en 1552 la legislación siguiendo la línea trazada por Enrique VIII, hasta la Ley de 300 años.

Los gremios, guildas y cofradías van decayendo al convertirse, a partir del siglo XVI, en corporaciones cerradas, privilegiadas, que ponen trabas al extraño a las familias tradicionalmente vinculadas al arte y a las organizaciones gremiales.

Se acusa a las organizaciones de oficios al ser ligas y monopolios encaminados a subir los precios. Ello suscita una reacción que, si no justifica, explica al menos, o bien sirve de pretexto para la adopción de medidas de abolición de los gremios y cofradías; las cortes de Castilla, Aragón y Navarra piden a Carlos I su supresión. Carlos I publicó una pragmática donde suprimen las cofradías gremiales; se contiene en la Nueva Recopilación, Ley Cuarta, Título 14, Libro 8 y es incluida más tarde en la Novísima Recopilación, Ley 13, Libro 12.

Sin embargo, no llegaron a desaparecer las corporaciones; se transformaron dejando más o menos cumplidamente sus actividades de regulación del oficio, que se prestaban a los daños y defectos acusados, dedicándose generalmente a finalidades religiosas y de mutualidad. Con la Real Cédula de 1511 –que se hiciera extensiva a los mercaderes de la Villa de Bilbao- nacieron las ordenanzas de Bilbao, que regirían en toda España, casi exclusivamente hasta la publicación del Código de Comercio de 1829. En el Capítulo 22 de estas ordenanzas se regulan los seguros y se da la definición del contrato como hoy se entiende; se tipifican las pólizas, con dos formularios, uno para mercaderías y otro para los navíos; por primera vez (número XLII) se autoriza y reglamente el reaseguro, si bien por lo que se refiere a los asegurados se califica de reaseguro a la operación que actualmente se denomina seguro subsidiario; se dan normas asimismo, para la prescripción de las acciones que dimanaron de la póliza y, en último término, se autoriza el seguro para navegantes y viajeros, en previsión de caer cautivos, sin derecho para los sucesores de cobrarlos en caso de fallecimiento. Continuaba la prohibición del seguro de vida, que al parecer tenía mala fama; sin embargo, se siente la necesidad de este tipo de seguro y ello ofrece coyuntura para la creación de montepíos que otorgan pensiones de supervivencia. El sentido cósmico de los hombres angustia ante la muerte y el afán de perpetuarse en los hijos se vuelve trascendente. Así, el seguro se institucionaliza finalmente en Inglaterra, en las postrimerías del siglo XVIII.

### 2.3.1. El Poder de la Iglesia

Para comprender los factores políticos, sociales y económicos que produjeron el Estado Moderno, conviene no olvidar que durante el medioevo la Iglesia conserva la estructura del Imperio Romano. La Iglesia tiene forma de Estado; en realidad, no se apropia de esa estructura sino que el propio Imperio constituía una Iglesia. Hubo una época en que la Iglesia y Estado coincidieron hasta confundirse.<sup>28</sup>

El emperador Constantino el Grande era, según el Derecho Romano, Pontífice Máximo y promotor del Concilio de Nicea. La influencia señorial limita el poder del rey; éste es el origen de la Carta Magna en Inglaterra y de los agravios por contra del Fuero de Aragón que, aun suscitados por interés y privilegios del estamento nobiliario, constituyen, como análogas institucionales, el antecedente de las modernas libertades.

El rey medieval está investido de una dignitas, no de una potestad. EL Fuero Juzgo definía con exactitud el alcance y limitación de la dignidad real: Rey ereis si recte facias si non facias non eris (en la traducción del Fuero Juzgo de Fernando III: “Rey serás si meciere derecho, si non meciere derecho Rey non serás”).

Los burgueses, enriquecidos en la artesanía y en el comercio, inquietan en las populosas y opulentas ciudades el espíritu de las villas libres, de los municipios dotados de fuero o cartas pueblas. Por su parte, los segundones de las grandes familias, dedicados a la Iglesia, a las letras o la milicia, constituyen la fuerza aliada de la monarquía. Se crea una aristocracia de juristas que se enfrenta a la nobleza feudal, convirtiéndose esta última en aristocracia cortesana. La voluntad de la realeza es norma imperativa en la justificación de la Monarquía Absoluta Patrimonial y de Derecho Divino. Según Figgis, el concepto ideal del Estado de la Edad Media se encuentra en la Teoría del Sacro Imperio. El Estado perfecto fue un noble sueño, ambas colaborando armónicamente en la conservación de la paz y la ordenación de la conducta de los cristianos, con todos los elementos del Imperio romano como medios históricos para la realización de la agustiniana Ciudad de Dios.

Dante Alighieri distingue las dos finalidades esenciales del hombre: felicidad en la tierra y vida beata en el Cielo. Con base en esta distinción, afirma la independencia de ambas potestades que puedan llegar a obtener los dos bienes fundamentales. Reconoce la necesidad de dos coexistentes monarquías universales: una para todos los hombres como miembros de la sociedad

---

<sup>28</sup> Ibidem, pág. 29.

terrenal y eterna. Ni el Emperador deriva su autoridad del Papa, ni el Papa está sujeto al Emperador.

Dante separa la tierra del cielo, la vida política de la religiosa; el deseo de paz, necesaria a la vida, del anhelo de solución, necesario también después de la muerte; el reino de la justicia y el reino de la caridad; el camino de los seres vivientes y el triunfo de los inmortales.

### **2.3.2. Importancia del Estado**

La Iglesia, convencida más que vencida, se parta de estas luchas. Si en el medie, se verá paulatinamente limitada por el estado, asumió y cumplió funciones sociales, docentes y de beneficencia hasta perder en definitiva tales funciones, que pasan así a ser funciones de gobierno.

El Estado llegará a ser una institución al servicio de la utilidad común para crear el bienestar de todos.

Christian Wolf fue quien introdujo esta teoría, al afirmar que el más alto fin del hombre era tender al logro de la felicidad, consistente en la perfección; y ella ha de ser la finalidad a la cual se dirijan las reacciones del prójimo. Afirma que la *vitas, sufficientia, tanquillitas et securitas* –de las cuales las dos últimas son condición para alcanzar la *felicitas*- constituyen el fin del estado. El Estado Providencia que anhelan muchos utopistas conduce al Estado Omnipotente; sin embargo, lo que transformó al Estado en un infierno fue el intento del hombre de convertirlo en un cielo.

Las cofradías, corporaciones, gremios y fundaciones medievales se conservan, pero los servicios que prestaban forman parte de la nueva función del Estado.

Harol J. Laski escribió que “la riqueza era un fondo de sentido social, no una posesión individual; el rico no la disfrutaba por sí o para su propio gusto, sino como administrador y en nombre de la comunidad. Se encontraba, así, limitado a la vez en lo que podía adquirir y en los medios para adquirirlo. Toda la moralidad social de la Edad Media estaba construida sobre esta doctrina, sostenida igualmente por los ordenamientos de la Iglesia y del derecho civil”. Vives formula esta enérgica conclusión: “Nos dice Cristo: el que tiene dos túnicas, de una al que no tiene; pero ¿no ves al presente qué enorme es la desigualdad? Tú no puedes ir vestido de seda, si a otro le falta un pedazo de jerga con que cubrirse; son groseras para ti las pieles de carnero, oveja o cordero, y te abrigas con las finas del ciervo, leopardo o ratón del Ponto, y su prójimo tiembla de frío, encogido hasta el medio cuerpo por el rigor del invierno. Tú, cagado de oro y de piedras preciosas, ¿no salvarás siquiera con un real, la vida del pobre? A ti, por estar ya tan harto, te dan fastidio y ganas de vomitar

los capones y perdices y a tu hermano le falta hasta un pan de salvado con qué sustentarse, desfallecido o inválido, y con qué mantener a esa pobre mujer y niños ciernecillos, y echas tu mejor pan a tus perros. ¿No te remuerde e incomoda, entre tanto, la memoria de aquel rico, lleno de ostentación que se vestía de púrpura y lino finísimo, y comía todos los días espléndidamente y la del pobre mendigo Lázaro? Sepa por esto, cualquiera que posee los dones de la naturaleza, que se hace partícipe de ellos a su hermano necesitado, los posee con derecho y por voluntad, institución, intento y disposición de la naturaleza; pero si no, no es un ladrón y robador convicto y condenado por la Ley Natural, porque ocupa y retiene lo que creó la naturaleza, para él solo”<sup>29</sup>.

Advierte Vives que los que se ocupan sólo de los ricos, con menosprecio de los pobres, hacen lo mismo que aquel médico que creyera que no debe subvenir a las dolencias de las manos y de los pies porque están lejos del corazón y las clases humildes no se descuidan sin peligro de los poderosos.

Carlos I y Felipe II en España dictaron leyes sobre mendicidad; las cortes de Valladolid de 1555 solicitaron del rey que las leyes sobre mendigos crearan en todos los pueblos un Padre de Pobres, encargado de buscar una ocupación remunerada a los que careciesen de ella.

El Padre Mariana sostiene que la autoridad civil debe intervenir primero en la distribución de la riqueza natural; segundo, en la producción de los mantenimientos mediante la labor del suelo y, tercero, en la subsistencia de los desvalidos y menesterosos. El Estado debe asistir a los humildes en los casos de riesgo; es propio de la piedad y de la justicia amparar a la miseria de los desvalidos y los indigentes, criar a los huérfanos, auxiliar a los necesitados. Este es el principal y más sublime oficio del soberano.

Cristóbal Pérez de Herrera destaca la necesidad de proteger a la niñez abandonada mediante su colocación en familia o en asilos; la reforma de las mujeres vagabundas y delincuentes; la invalidez de los militares con un sistema de pensiones a cargo del Estado. Cada necesitado demanda su alivio; todo problema impera para tener una solución. Propone se funde en Madrid una casa en donde acudan y se reciba a todos los inútiles y estropeados en la guerra, o que por vejez no puedan estar en el servicio.

## **2.4. El Liberalismo.**

Una revolución suscita enorme ilusión a los pueblos que desean verla reconocida y proclamada en el Derecho. La revolución no es necesariamente

---

<sup>29</sup> BRICEÑO RUIZ, Alberto, Ob. Cit., págs. 50-51.

lucha violenta, pero sí cambio radical provocado por la ineficacia de un sistema, para dar a los integrantes de la comunidad un mínimo de bienestar. Marx justifica en la dialéctica de la historia la frase que entroniza y, al mismo tiempo sirve para derruir al individualismo: la violencia, a la que llama matrona de una vieja generación que lleva en sus entrañas una generación nueva.

La implantación de un sistema o régimen diferente trae implicado el éxito y el fracaso de sus principios; mientras éstos puedan mantener el equilibrio, harán posible la continuación del sistema; cuando las fuerzas se manifiesten desarticuladamente, la estructura se resquebrajará y acabará por derribarse. La frase genial de Francois Mitterand puede aplicarse a todas sus convulsiones de la humanidad: “El poder es un equilibrio de fuerzas”; cuando esa armonía se rompe, el titular del poder desaparece.<sup>30</sup>

El Estado liberal, cuya doctrina y estructura correspondientes se desarrollan a finales del siglo XVII, tras del ensayo del despotismo ilustrado, toma aliento en los esquemas de Juan Jacobo Rousseau (Contrato Social) y Montesquieu (El Espíritu de las Leyes).

Rousseau parte del supuesto del hombre en estado de naturaleza, de su inefable felicidad al vivir libre es dichoso plenamente, que la civilización, la vida en comunidad y la sumisión del Estado constituyen la infelicidad y la corrupción.

Montesquieu estima que la autoridad propende al abuso; cuando se encuentra en una sola mano, ésta se excede fatalmente.

Para que el poder no sea abusivo, hay que dividir la autoridad en distintas funciones, relacionadas de tal manera que puedan compensarse y limitarse mediante un claro y particular equilibrio. Parte, desde luego, de los principios de la física aplicados a la sociedad; el equilibrio no se logra en el medio de una gráfica o de un círculo –que necesariamente supondrá fuerzas de idéntica magnitud- sino en el punto en que la individual, recíproca y contraria presión deja de mover los elementos y provoca un estado de aparente quietud. La calma no es, empero, producto de la inacción o la pasividad; resulta, al contrario de la presión constante y permanente de las fuerzas divergentes.

Estas doctrinas confluentes, la del pacto social y la del equilibrio de los poderes, dan el espíritu y el mecanismo del Estado liberal y democrático.

La reacción contra los abusos del poder y el doctrinarismo individualista y liberal de la Ilustración inspiraron las Declaraciones de los Derechos del

---

<sup>30</sup> Idem.

Hombre y del Ciudadano, que fueron el pronunciamiento solemne de la independencia de los Estados Unidos de América (1776) y el de la Revolución Francesa en 1789.

El jansenista Camus y el abate Gregoire, al discutirse la declaración francesa, propugnaron porque ésta se completase con un pronunciamiento de deberes que insertaría a los hombres en la sociedad, ya que los derechos consagrados y garantizados contra los abusos de poder podían ser limitados por las obligaciones derivadas de la consideración de la persona como ser social.

La libertad, reconocida en las tablas de derechos, tiene como complemento y secuela ideal a la igualdad, bajo la inspiración moral de la fraternidad, hasta el extremo que, con gran finura, de Tocqueville afirma que posiblemente los pueblos democráticos manifiestan un amor más inclinado a la igualdad que a la libertad.

La doctrina contenida en las declaraciones de derechos informa la dogmática de todas las constituciones modernas, desde la de Estados Unidos de América y la francesa, hasta la española de 1812. División y equilibrio de poderes; la organización del Estado: todo calculado para que no se pudieran vulnerar los derechos individuales sagrados, inalienables e imprescriptibles. Las funciones del Estado deben ser, dentro de esta concepción –y aun frente a los débiles-, de abstracción directa. Son los mismos integrantes de la sociedad quienes, individualmente, deben prever de manera lógica la posibilidad de las causas contingentes.

Los derechos serían inanes sin la limitación de los imperiosos deberes, derivados en la orgánica constitucional, creada cuidadosamente para garantizar la libertad; se advirtió que no era posible, mediante la constitución escrita, rígida, hacer efectiva la igualdad, sin la que no puede existir verdadera, profunda y trascendente libertad para el hombre y el ciudadano.

Emilio Cautelar, en las Cortes Constituyentes de la Revolución de septiembre de 1869, expresó este apotegma: “La libertad es para los vencidos”. El poderoso y el imperante no necesitan de la libertad; la tienen por su propio poder y para sí, pragmáticamente, pueden administrarla; la libertad es una garantía del súbdito, del débil, del desigual e inferior, tanto en lo político como en lo contractual.

En el juego de voluntades es más poderoso el patrón o la empresa, ya que determina a su arbitrio las condiciones que ofrece el desocupado para que éste las acepte o, en su caso, las rechace, y todavía en el supuesto más normal de apremio y urgencia económicos, imponerlas al que solicita por necesidad. En este acontecimiento, desventuradamente frecuente, no existe igualdad entre los



contratantes, ya que no aparece la libertad contractual necesaria que se supone y previene en el derecho privado.

Para el Estado constituye únicamente un problema de vigilancia y regulación con objeto de que el servicio se cumpla, de que no se formen acumulaciones de capital de manos muertas, o bien se obstaculice la circulación de la riqueza, así como evitar los errores de edades pasadas.

En este ambiente se organizan, regulan y favorecen las cajas de pensiones y los seguros privados, por cuyo medio los individuos ponen en práctica su propia previsión.

Al tiempo que va creando servicio de beneficencia –asilos, hospitales, manicomios, hospicios-, el Estado impone medidas de higiene industrial, de prevención de accidentes; limita las jornadas de trabajo y prohíbe las actividades peligrosas, así como el trabajo por razón de edad.

## **2.5. Crecimiento de los Seguros Privados**

A partir de la segunda mitad del siglo XVII se organizan, regulan y favorecen las cajas de pensiones y los seguros privados. Por medio de ambas instituciones los individuos tienen la posibilidad de poner en práctica su propia previsión, de forma directa o mediante instituciones privadas. En Londres, después de una larga experiencia a través e las estipulaciones del Royal Exchange, y de los contactos cotidianos entre ellos, en el café de Pascua Rosse di Ragusa –en Saint Michael’s Alley Cornhill-, los aseguradores iniciaron en 1771 el famoso organismo de Lloyd’s, fundación promovida mediante suscripción de un grupo de aseguradores, corredores o comerciantes. De esta sede, en 1774 la corporación fue trasladada al Palacio Real Exchange, con la suerte de superar la de la crisis causada por las graves pérdidas marítimas surgidas como consecuencia de las guerras anteriores y contemporáneas al periodo napoleónico, las cuales produjeron enorme alza de primas.

Una ley emitida en 1871 reconocía a Lloyd’s personalidad jurídica como corporación. Lloyd’s no es propiamente una sociedad de seguros sino de aseguradores, cuyos miembros son individuos responsables ilimitadamente o sociedades afiliadas. Se trata de una especie de bolsa, en cuyo seno el comité administra los intereses comunes de sus afiliados, aseguradores o no. Esta corporación recoge las fianzas para garantía de los aseguradores en casos de insolvencia del asegurador y, por otra parte, cumple las funciones de las empresas de seguros, especialmente en lo que respecta a informaciones y preparación técnica.

### 2.5.1. Primeras teorías. Ley de distribución de las probabilidades

El seguro de vida demanda la perfección del cálculo de probabilidades. Blas Pascal formula la primera exposición del principio de recurrencia, en el folleto que titula en Triángulo Aritmético, publicado en 1654.

Megee ofrece el siguiente resumen de esta teoría: “La teoría desarrollada ha demostrado ser, en el campo de seguro, un instrumento de incalculable importancia. La medida de las probabilidades se expresa algebraicamente por medio de un quebrado cuyo numerador es el número de posibilidades favorables (o desfavorables), y cuyo denominador representa todos los casos posibles. Usando la rotación siguiente, en la que no representa el número de formas como un hecho que puede ocurrir, **a** las formas en que deben ser consideradas como favorables y **b** como desfavorables, entonces, la probabilidad de **p** resultado favorable, puede expresarse como  $p=\frac{a}{a+b}$  y la probabilidad del resultado desfavorable como  $p'=\frac{b}{a+b}$ . Un ejemplo sencillo de esta fórmula puede encontrarse en el experimento de echar una moneda a cara o cruz. La probabilidad de que caiga de cara se encuentra utilizando el número de posibles casualidades favorables como numerador del quebrado y el número total de casualidades como denominador, con lo que tendremos la probabilidad de obtener cara, representada por  $\frac{1}{2}$ . La probabilidad de que salga cruz es la misma. El valor de la teoría de probabilidades para la ciencia del seguro, como fácilmente se comprende, depende del cuidado con que se reúnan los datos estadísticos”.<sup>31</sup>

Al superar las fórmulas combinatorias, Blas Pascal resolvió un gran número de problemas de cálculo de probabilidades; una de las fórmulas que descubrió es conocida con el nombre de Ley de distribución de las probabilidades análoga a la Ley fundamental de probabilidades de Newton.

No se hace esperar la aplicación de la estadística; en 1562, con motivo del terror de la Peste Negra en Londres, se recogen datos de modo masivo. En 1671, el gobierno de los Países Bajos crea un sistema de rentas vitalicias. John Dewitt presenta un informe en el que aplica la doctrina de las probabilidades en relación con las rentas. Se sabe que fue John Graunt el primero en analizar las listas de mortalidad, trabajo editado en 1661. La primera tabla que se formuló se debe a Halley.

En la ciudad de Breslavia, en Silesia, se habían llevado registros bastante completos que contenían, entre otros datos, la edad en la que había muerto cada persona. Esto era precisamente lo que necesitaban los hombres de ciencia para el estudio de las expectativas de vida. Se obtuvieron copias de

---

<sup>31</sup> Ibidem, pág. 35.

estos registros Edmund Halley, reputado como el más brillante matemático y astrónomo de su época, fue designado para trabajar sobre estos materiales. El resultado de sus trabajos se difundió en 1693 en documento sometido a la Royal Society; “Un cálculo de los grados de la mortalidad del género humano, sacado de las curiosas tablas de nacimiento y funerales de la ciudad de Breslau, primer intento por averiguar el precio de las anualidades sobre vidas”. Posteriormente se formularon otras tablas, como las de Kerseboom (1738), Sussmilch (1741) y Desparciux (1746), referidas a la mortalidad de los conventos de París y a las experiencias sobre las agrupaciones de sociedades tontinas.

### **2.5.2. Ley de los grandes números**

La experiencia sobre la acumulación de datos estadísticos muestra que ciertos acontecimientos surgidos aparentemente de casualidad, por ser considerados como ejemplos aislados, acaecen, no obstante, con una regularidad del hecho aumenta a medida que los casos observados se incrementan. La posibilidad de predecir un hecho particular se desvanece y origina la probabilidad, cuando se observa una serie sucesiva de posibilidades. En la aplicación concreta, diríamos –como es sabido- que en la estadística de mortalidad de un país cabe destacar las tendencias constantes, que no aparecen si la observación se limita a una determinada familia o grupo concreto de individuos.

La teoría y práctica del seguro están basadas fundamentalmente en una obra de Bernoulli *Ars Conjectandi*, publicada en 1711, en la que además de tratar sistemáticamente la teoría de las probabilidades, se comprueba, por primera vez la ley de los grandes números, que hace posible la aplicación del cálculo de probabilidades a los fenómenos empíricos, estimados como causales, tendiendo de esta manera un puente entre la teoría y la práctica, que logra la aplicación de este cálculo al seguro privado y social.

Otra obra fundamental que estudia la aplicación del cálculo de probabilidades al seguro, es la del gran matemático francés Laplace, “La Teoría de la Probabilidad”, donde formula importantes aplicaciones a problemas del seguro.

En la Ley de los Grandes Números, el valor de la prima es inversamente proporcional al número de los riesgos asegurados. La contribución puede, al ser calculada, comprender el riesgo, los gastos generales y la utilidad.

La cobertura es sólida y cada vez más segura al aplicar esta técnica que perfeccionan las empresas de seguros en el seguro marítimo, de transportes, incendios y, en general, en el de daños. El costo es la base del precio de venta, que debe ser suficiente como para cubrir íntegramente a aquél

y permitir además una utilidad, por lo que la primera constituiría un factor del costo recuperable por medio del precio o, lo que es lo mismo en última instancia, pagada por el consumidor; de esta manera, el seguro grava el consumo.

### **2.5.3. Seguro de vida**

Los seguros individuales de vida o de incapacidad constituyen un ahorro para los asegurados y representan un pasivo a largo plazo para la aseguradora. Aunque tales riesgos son de realización cierta, este acontecer es indeterminable y por ello pueden cubrirse mediante pequeñas primas entregadas durante bastante tiempo. Este seguro tiene una fuente diversa del de daños; no grava el consumo porque no puede ser un elemento del costo que se difunde en el precio; no es el consumidor en general quien lo paga sino el mismo individuo que prevé el riesgo y se asegura por medio de un esfuerzo o sacrificio personal que le permite un ahorro, representando un diferimiento a la capacidad individual de consumo en provecho propio, al acaecer la invalidez o en un provecho de sus beneficiarios en caso de muerte.

El propio seguro de vida, con capitales pagaderos o la muerte del asegurado, comenzó en el año de 1762, organizado por la “Equitable Society for Assurance on Lives an Survivorship”; por primera vez se fijaron primas diferenciadas según la edad, fundadas en la tabla de mortalidad de Prece. Las primas iniciales resultaban tan altas que tuvieron que ser revisadas y rebajadas en tres ocasiones. En 1827, este ejemplo inglés se extendió por el continente europeo gracias al Banco de Seguros de Gotha. Las primeras tablas para el seguro de enfermedad se dedujeron de las experiencias de las Friendly Societies inglesas, en 1824, y las tablas de invalidez de las experiencias de las cajas de los mineros y ferroviarios<sup>32</sup>.

El seguro privado se generaliza, tanto el de daño en las cosas, como a personas; la vida económica y social del mundo sufre una honda transformación que se refleja en los movimientos sociales de 1848, en los adelantos del socialismo como fuerza política, o en la llamada revolución industrial. Simboliza los juicios de la nueva era, la alianza entre el capital industrial y el científico, como aconteciera en la sociedad formada en 1775, por Mateo Boulton y James Watt.

## **2.6. El Socialismo**

Como reacción contra la tesis liberal aparece el socialismo. A partir de la segunda mitad del siglo XIX se va observando el resquebrajamiento del sistema liberal, en cuanto a regular las relaciones sociales con el propósito de

---

<sup>32</sup> Ibidem, pág. 35.

no cohibir el equilibrio mantenido espontáneamente por el libre juego de la iniciativa individual.

El crecimiento de las masas obreras, su concentración en las ciudades y en las fábricas, el aumento del consumo y el incremento de la producción, al mismo tiempo que la continua elevación de los gastos públicos como consecuencia de la mayor cantidad de servicios que el Estado y las ciudades han de asumir –la construcción de ferrocarriles, carreteras, la pavimentación de las ciudades, el alumbrado público, el mejoramiento de las condiciones sanitarias y otras muchas erogaciones- tienen secuelas de gran alcance.

Este aumento enorme de los gastos necesariamente se ha de reflejar en los costos de producción, a través de la difusión de los impuestos –y, en consecuencia, sobre los precios- tiene una marcha ascendente que incide en la reducción del poder adquisitivo del dinero. El salario real baja y resulta insuficiente para satisfacer las primordiales necesidades del trabajador, por tal motivo, la supuesta previsión no es dable, debido a que en la economía del obrero no queda margen para ello. El sistema fundado en el ahorro individual y en el seguro privado, no actúa para corregir ni para compensar los riesgos de carácter biológico con repercusión económica. La mecánica social que por ilusión se preveía como corrección, no funciona.

La evolución de los implementos de trabajo y la necesidad de reducir los costos, en un régimen de libre competencia, hacen que se verifique en mayor proporción otra causa de inseguridad social; el desempleo, como el problema que se presenta con más frecuencia y afecta a un mayor número de personas. Los trabajadores sin empleo crean una mayor oferta de brazos, en proporción a la demanda de los industriales; así, el libre juego de oferta y demanda envilece los salarios. En estas condiciones se produce el fenómeno que designó Lasalle como ley de Bronce; el trabajo aparece como mercancía.

El socialismo se inicia como pura utopía. Se llega primero a la conclusión de que la organización del sistema liberal no es la apropiada, defrauda la esperanza mantenida durante medio siglo de lograr soluciones totales a los problemas humanos.<sup>33</sup>

El problema social se formula en términos claros: lo que le hombre necesita, por razón humana, biológica, fundamental y filosófica es satisfacer sus necesidades en la medida en que éstas existen, no en la medida en que el libre juego del proceso económico y vital lo permita. Los postulados de la justicia social se realizan por dos vías diferentes: una, por la transformación total de la sociedad, haciendo desaparecer las clases sociales, la propiedad y la libertad

---

<sup>33</sup> RODRIGUEZ TOVAR, José J, Ob. Cit., pág.26.

individuales; y la otra, manteniendo esta libertad individual junto con las estructuras generales y otorgando a la función reguladora del Estado un contenido de justicia social encaminado a limitar el libre juego de las fuerzas económicas.

La primera solución mencionada apunta a la proscripción de la libertad individual, a la vuelta del concepto oriental del Estado omnipotente y el fin en sí mismo; es el socialismo ortodoxo que se convertirá después comunismo. La segunda solución conserva la libertad individual, protege la igualdad y afirma el concepto occidental del Estado al servicio del hombre, como medio y como fin en sí mismo. Esta solución es el sentido del intervencionismo de Estado, del socialismo parlamentario y aun del colectivismo.

El tercer elemento activo lo conforma la masa obrera militante, que trata de satisfacer sus necesidades mediante aumentos de salario, mejoramiento de las condiciones de trabajo y la implantación de la previsión: se inicia el movimiento a fin de establecer las jornadas que no agoten al obrero, remuneradas con salario suficiente y prestaciones sociales que impliquen responsabilidad patronal en caso de inutilización total o parcial por accidentes, enfermedad o edad del trabajador. Los sindicatos se proponen lograr contratos de trabajo con condiciones aplicables a toda la empresa.

Abren la marcha los utopistas: el conde Enrique de Saint Simon, Francisco María, Carlos Fourier, Etienne Cabet y Roberto Owen. En la misma época aparecen la crítica y la oposición con soluciones planteadas por espíritus religiosos; el espíritu de la caridad no ha desaparecido.

Tomás Chalmers y Octavia Hill distinguen los casos de quienes necesitaban ayuda y aquellos en que ésta era demandada. Chalmers cree que el costo de la asistencia se reducirá, tanto si se financia mediante impuestos como si eran sufragados por aportaciones voluntarias, obligando a la investigación concreta al estimar su resultado<sup>34</sup>.

Octavia Hill subrayó la importancia de la investigación, mas no para eliminar a los impostores sino con el propósito de ahondar en la averiguación de las causas profundas de la carencia de recursos y proyectar los medios de evitarla. Estimó estos remedios como más eficientes que las dádivas no amables, con la pretensión de comprender la personalidad del necesitado a efectos de proporcionarle un auxilio eficaz.

Marx, nacido en Tréveris, escribió su obra más importante, El Capital, en 1867. Los escritores Barnes y Becker nos ofrecen un resumen del pensamiento de Carlos Marx: 1) Debía a Hegel su sistema dialéctico y su fe en la actividad estatal; 2) fue probablemente en los escritos de Lorenz Von Stein

---

<sup>34</sup> Idem.

donde encontró por primera vez noticias generales sobre el socialismo y el comunismo en Francia y en otros países, es también muy probable que recibiera de Stein las ideas de la sociedad civil y las clases sociales; 3) su materialismo histórico lo tomó, por una parte, de Feurbach y, por la otra, acaso de Heeren; 4) la teoría del valor del trabajo deriva de Ricardo, Rodbertus y de los socialistas ricardianos; 5) encontró la doctrina de la plusvalía en los escritos de Thompson; 6) la noción de lucha de clases.

Tenemos que un elemento activo lo conforma la masa obrera militante, que trata de satisfacer sus necesidades y la implantación de la previsión: se inicia el movimiento a fin de establecer jornadas que no agoten al obrero, remuneradas con salario suficiente y prestaciones sociales que impliquen responsabilidad patronal en caso de inutilización total o parcial por accidentes, enfermedad por edad del trabajador. Los sindicatos se proponen lograr contratos de trabajo con condiciones aplicables a toda la empresa.

Abren la marcha los utopistas: esconde Enrique de Saint Simon, Francisco María, Carlos Fourieer, Etienne Cabet y Roberto Owen. En la misma época aparecen la crítica y la oposición con soluciones plantadas por espíritus religiosos; el espíritu de la caridad no ha desaparecido.

Tomás Chalmeres y Octavia Hill distinguen los casos de quienes necesitan ayuda y aquellos en que ésta era demandada.- Chalmers cree que el costo de la asistencia se reducirá, tanto si se financia mediante impuestos como si eran sufragados por aportaciones voluntarias, obligando a la investigación concreta al estimar su resultado.

Octavia Hill subrayó la importancia de la investigación, mas no para eliminar a los impostores sino con el propósito de ahondar en la averiguación de las causas profundas de la carencia de recursos y proyectar los medios de evitarla. Estimó estos remedios como más eficientes que las dádivas no amables, con la pretensión de comprender la personalidad del necesitado a efectos de proporcionarle un auxilio eficaz.

Marx, nacido den Tréveris, escribió su obra más importante, El capital, en 1867. Los escritores Barnes y Becker nos ofrecen un resumen del pensamiento de Carlos Marx: 1) Debe a Hegel su sistema dialéctico y su fe en la actividad estatal; 2) fue probablemente en los escritos de Lorenz Von Stein donde se encontró por primera vez noticias generales sobre el socialismo y el comunismo en Francia y en otros países; es también muy probable que recibiera de Stein las ideas de la sociedad de la sociedad civil y las clase sociales; 3) su materialismo histórico lo tomó, por una parte, de Feurbach y, por la otra, acaso de Heeren; 4) la teoría, del valor del trabajo deriva de Ricardo, Rodbertus y de los socialistas ricardianos; 5) encontró la doctrina de la plusvalía en los escritos de Thompson; 6) la noción de lucha de clases y la

necesidad de un alzamiento proletario, habían sido subrayados en las obras de Louis Blanc, Proudhon y Weitling; 7) Marx recibió de Sismondi la convicción de que los capitalistas irían debilitándose por la progresiva concentración de la riqueza en manos de unos pocos; 8) sus ideas acerca de la "Primitiva sociedad sin clases" derivan al parecer de su herencia, del mishpat hebreo y de ciertas teorías de los "derechos naturales"; 9) puede haber derivado de Rodbertus la tesis de que la crisis recurrente constituye un aspecto necesario de la vida económica bajo el capitalismo; 10) su fe en una futura edad de oro, de carácter cuasimesiánico, pudo haber derivado de sus lecturas de Antiguo Testamento, y 11) por último, aunque de ningún modo sea el factor de menos importancia, sus nociones de la táctica revolucionaria derivan en parte de Danton y otros líderes jacobinos de la revolución francesa.<sup>35</sup>

Con la colaboración de Engels, redactó Marx en 1848, para la Liga Alemana, el Manifiesto Comunista. En 1864 se reunió en Londres, en Saint Martin may, una asamblea de socialistas presidida por el profesor Edward Spencer Beesley, a la que concurren Eccarius y Marx en representación de los trabajadores alemanes. Ahí nació la Primera Internacional. Posteriormente, en el Congreso de Ginebra de 1866, fueron aprobados los estatutos y la afirmación de principios. Esta organización internacional se rompió; se escindieron violentamente los anarquistas dirigidos por Miguel Bakunin, gran adversario de Marx.

En Inglaterra se creó la Fabian Society, inspirada en un socialismo humanista.

El Socialismo de Estado, también conocido como socialismo de cátedra, fue apoyado por destacados profesores como Schaffle, Wagner y Schomller en Alemania; Bouglé y Gide en Francia, Webb y Hobson en Inglaterra, Small y Patten en Estados Unidos de América. De aquí que se infiera cuán profundamente había llegado a penetrar en la conciencia de los hombres la urgencia de hallar remedios y ponerlos en práctica, sobre todo a favor de los más débiles y por ello los más afligidos, que con dramático acento ponía de manifiesto la relevancia crítica que del estado liberal formularan los socialistas de todos los matices.

## **2.7. El Seguro Social en México**

Después del movimiento social de 1910 se fueron consagrando las leyes garantizadoras del disfrute de derechos mínimos para los mexicanos. La economía presentaba característica semifeudales: un territorio repartido entre

---

<sup>35</sup>BRICEÑO RUIZ, Alberto, Ob. Cit., págs. 51-53.



los triunfadores de las guerras y los favorecidos por un régimen que prolongó en el mando a un dictador, convertido a su vez en eje de la vida nacional. Muchos años de vasallaje derivados del atraso y de la ignorancia no podrían hacerse a un lado ni siquiera por las convulsiones de la guerra. No se logró una mejor distribución de la riqueza y tampoco pudo elevarse el nivel de vida de la gran población que seguía marginada en la ciudad y en el campo.

El presidente Venustiano Carranza heredó los defectos y vicios de los gobiernos anteriores; él mismo había sido jefe político porfiriano. Sin bases para crecer económicamente, las leyes quedaban como simples normas declarativas, carentes de aplicación inmediata.

El 12 de diciembre de 1912, el Primer Jefe expidió un decreto en cuyo artículo segundo se ordenaba la promulgación y vigencia, durante la lucha, de leyes, disposiciones y medidas encaminadas a satisfacer las necesidades económicas, sociales y políticas del país con las reformas que la opinión pública demandara, a efecto de establecer un régimen de igualdad entre todos los mexicanos. En 1914, al triunfo de la Revolución, se establece el principio del estado de servicio social, reconociendo su capacidad y el deber de suplementar la acción económica individual sin menoscabo de la libertad del ciudadano y la obligación de organizar a la sociedad en una estructura que permitiera la protección de los débiles frente al libre juego de las leyes económicas.

En el Estado de Yucatán se dictó la Ley del Trabajo en 1915. Su artículo 135 establecía que el gobierno fomentaría una asociación mutualista en la que los trabajadores fueran asegurados contra los riesgos de vejez y muerte.

En 1916 se convocó al Congreso Constituyente, integrado con representaciones de carácter no muy definido, de todos los Estados de la República. El propósito de Carranza era actualizar las normas de la Constitución expedida en 1857, cuyos efectos no se habían metido a causa de las luchas internas y las presiones del extranjero. En materia de trabajo el proyecto se apegaba al artículo 5º. de la Ley Fundamental anterior<sup>36</sup>.

El diputado José Natividad Macías pronunció un memorable discurso relativo a que cuando el jefe supremo de la Revolución se estableció en el puerto de Veracruz, su primer cuidado fue haber dado bandera a la nueva Revolución que entonces se iniciaba; y de esa bandera queda perfectamente establecida en las adiciones que al Plan de Guadalupe se hicieron el 12 de diciembre de 1914. De entre las promesas que el jefe supremo de la Revolución hacía a la República, se hallaba la de que se darían durante el periodo de lucha todas las leyes encaminadas a redimir a la clase obrera de la triste y miserable situación en la que se encontraba.

---

<sup>36</sup> Ibidem. pág. 45.

El artículo 123 en su texto original, disponía: “El Congreso de la unión y las legislaturas de los estados deberán expedir leyes sobre el trabajo, fundadas en las necesidades de cada región , sin contravenir a las bases siguientes, las cuales regirán el trabajo de los obreros, jornaleros, empleados, domésticos y artesanos y, de manera general, todo contrato de trabajo:

“XXIX. Se consideran de utilidad social; el establecimiento de cajas de seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y otros con fines análogos, por lo cual, tan el Gobierno Federal como el de cada estado, deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole, para infundir e inculcar la previsión popular.”<sup>37</sup>

La disposición era buena pero no efectiva; carecía del entorno económico necesario para su aplicación. Las cajas de seguros populares nunca se establecieron; el concepto popular resultaba ajeno a los principios del derecho y el hecho de dejar al ámbito de las entidades la expedición de leyes sobre esta materia, las condenaba a una imposibilidad insuperable.

En el desarrollo de la estructura nacional hemos tratado de institucionalizar lo que por naturaleza es ajeno a la particular manera de ser de nuestro pueblo. Desde la época prehispánica, los reinos seguían a la figura del monarca como centro y eje de toda actuación política, social y económica.

Los virreyes de la Nueva España encontraron el terreno preparado para recibir las órdenes de la metrópolis. Con la independencia, se pensó en la necesidad de centralizar la vida política, para permitir un crecimiento regional; sin embargo, todas las miradas se volvían hacia el centro en espera de la señal o el ejemplo. Por eso no tuvo éxito la disposición que facultaba a los estados a legislar en materia de trabajo y del seguro social. No obstante, han existido avances al respecto, los cuales se analizarán más a profundidad en capítulos posteriores.

Las leyes que se expidieron en los estados tuvieron escasa aplicación. En 1919 se formuló un proyecto de Ley del Trabajo para el Distrito y Territorios Federales que proponía la integración de cajas de ahorro para auxiliara a trabajadores desempleados; el fondo contenía la aportación del cinco por ciento de los salarios, por parte de los patrones un cincuenta por ciento de la cantidades que correspondería a los asalariados por concepto de utilidades de empresas.

---

<sup>37</sup>CARRILLO PRIETO, Guillermo, Ob. Cit., pág. 32.

Resulta interesante anotar que en 1921 Álvaro Obregón ordenó la elaboración del Proyecto de Ley del Seguro Social que había de aplicarse en el Distrito Federal y que fue enviado al Congreso. En su exposición de motivos se reconoce que las desgracias que afligen a las clases trabajadoras no habrán de tener su origen en la falta de leyes sino en las dificultades para su aplicación, lo que convierte a los derechos legales en simples derechos teóricos, porque dejan a los trabajadores la tarea de existir su cumplimiento, y la realización tiene que desarrollarse dentro de una legislación complicada, costosa y tardía. Este proyecto preveía un tipo de seguro voluntario.

El Código del Trabajo del Estado de Puebla estableció que los patrones podían sustituir el pago de las indemnizaciones por riesgos profesionales mediante seguros contratados a sociedades legalmente constituidas y aceptadas por la sección del Trabajo y la Previsión Social. Una disposición similar contiene el Código Laboral de Campeche de 1924, en su artículo 290.

Las Leyes del Trabajo de Tamaulipas y de Veracruz de 1925 contiene la modalidad del seguro voluntario. Los patrones podían sufragar sus obligaciones en los casos de enfermedades o accidentes profesionales de los trabajadores, mediante un seguro contratado a su costa con sociedades que pudieran otorgar garantía con aprobación de los gobiernos estatales. Los patrones que optaron por asegurar a sus trabajadores no podrían dejar de pagar las cuotas correspondientes sin causa justificada, así los trabajadores y las aseguradoras tenían acción para obligar al patrón por medio de juicio sumario ante la Junta de Conciliación y Arbitraje.

Paralelamente a la expedición de leyes estatales, el gobierno federal llevó a cabo los primeros intentos a fin de establecer un sistema de seguros para los trabajadores y empleados a su servicio. En 1925 se expide la Ley General de Pensiones Civiles de Retiro, conforme a la cual los funcionarios y empleados de la Federación, del Departamento del Distrito Federal, tenían derecho a recibir una pensión al llegar a los 55 años de edad con 30 de servicios o cuando quedaren inhabilitados para el trabajo. En el supuesto de muerte del trabajador se confiere derecho a pensión a los beneficiarios. El financiamiento de este seguro se cubría mediante aportación del gobierno federal y de los empleados, que generaban una especie de fondo de ahorro con posibilidad de retirarlo al dejar de trabajar, lo que implicaba la pérdida de su antigüedad y derechos adquiridos, salvo reintegro que se efectuara. Se creó un organismo administrador, desconcentrado de la Secretaría de Hacienda, denominado Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro.

En 13 de noviembre de 1928 se estableció el Seguro Federal del Maestro, por decreto del Ejecutivo Federal, donde se ordenaba la constitución de una mutualidad con el fin de auxiliar a los deudores de los asociados fallecidos.

Las leyes laborales de los Estados de Aguascalientes e Hidalgo, expedidas en 1928, previnieron la instauración de seguros. La de Hidalgo, en su artículo 242 disponía: “Se declara de utilidad pública el establecimiento de instituciones, corporaciones o sociedades que tengan por objeto asegurar a los trabajadores contra los accidentes o enfermedades profesionales, y las autoridades deberán darles toda clase de facilidades para su organización y funcionamiento.”

Los intentos legislativos produjeron dos resultados:

1) Sólo algunos estados consignaron en las leyes del trabajo disposiciones relativas al Seguro Social, lo que desvirtuaba la idea de la fracción XXIX. Además, se dejaba a elección del patrón hacer frente a la responsabilidad derivada del riesgo de trabajo o adherirse a un sistema de seguro, convirtiéndolo en voluntario.

2) El gobierno federal, al crear el seguro para sus empleados y funcionarios o la mutualidad para maestros, acreditaba las dificultades a que se enfrentaba debido a condición económica y presiones. Esto repercutía en los estados y demoraba la creación de leyes y sistemas de seguros.

En 1929 se formuló una iniciativa que obligaba a patrones y obreros a depositar en una institución bancaria del 2 al 5 por ciento del salario mensual, con el objeto de constituir un fondo de beneficio para los trabajadores, condición que se alejaba del mandato constitucional.

Ahora bien, el texto actual de nuestra Constitución, como ya se dijo, será estudiado subsecuentemente.

### **2.7.1. Política económica de México a partir de 1917**

El régimen que comprende de 1940 a 1946 el presidente era el señor Manuel Ávila Camacho el cual se caracterizó por el crecimiento del proceso inflacionario que había iniciado el régimen anterior, Principalmente a causa de la política cardenista, tal política provocó una devaluación en 1938 y la inflación continuo aumentando después de 1940.

En 1943 el valor del PIB fue de 13 millones de pesos mientras la deuda pública externa era igual a 240 millones de pesos.

En el sexenio de 1946 a 1952 el proyecto del presidente en turno Miguel Alemán pretendía dos grandes realizaciones: la construcción de obras

de infraestructura y la de inversión en industrias. A finales de 1950 se apreciaba un aumento en el ritmo del crecimiento económico; pero en 1952 al acercarse la sucesión presidencial, se produjo una nueva salida de capitales al parecer por el temor de un conflicto político.

Durante el gobierno de Adolfo Ruiz Cortines comprendido de 1952 a 1958, se pueden distinguir una etapa que llega hasta 1954 en la que se dan los intentos iniciales de estabilización buscando abatir la inflación y equilibrar el presupuesto, también es el periodo en que se logra la recuperación económica que origina “desarrollo estabilizador”, y durante los últimos años del sexenio se da un debilitamiento de la economía nacional, debido en gran parte al hecho de que por esta época la economía mundial estaba entrando a una fase depresiva.

El sexenio de 1958 a 1964, López Mateos se inició mediante un déficit, situación económica, que amenazaba con frenar el crecimiento alcanzado en años anteriores. Respecto a exportaciones se buscó incrementar los bienes y servicios, reduciendo algunos aranceles<sup>38</sup>.

Un objetivo primordial de esta administración era el de mantener los precios estables en la economía nacional.

Al comenzar el periodo presidencial de Gustavo Díaz Ordaz, 1964 a 1970, planteó su política económica muy similar a la del sexenio pasado, es decir; una creciente participación del estado en la economía a través del aumento de organismos del sector paraestatal, para ello hizo necesaria la inversión pública que ascendió a cerca de 130 millones de pesos, las reformas fiscales implantadas en 1965 aumentaron los ingresos lo que favoreció a la inversión pública.

Un aspecto importante de este periodo fue el del surgimiento de las empresas maquiladoras que posteriormente se popularizaron y han sido una fuente de empleo para millones de trabajadores.

En el periodo que comprende desde el año de 1970 a 1976 La política del presidente Luis Echeverría Álvarez fue la de una apertura democrática.

Para 1970, algunos signos de progreso material derivados de tres lustros de elevado crecimiento y baja inflación, hacían ver a México con optimismo ya que el país había logrado una transformación radical ya que su economía se había transformado en urbana e industrial, pero no todo estaba tan bien, ya que el nivel de desempleo iba aumentando y la satisfacción de las necesidades de los servicios sociales tenían un atraso de varios años.

---

<sup>38</sup> FOX QUESADA, Vicente, Primer Informe Presidencial, Diciembre 2000.

Sin embargo en septiembre de 1976 la especulación contra el peso había impactado sobre la deuda externa pública que había aumentado en un 37.4% y llegaba a casi los 20 millones de dólares; Hacienda anunciaba que dejaría flotar el peso mexicano y abandonaría el tipo de cambio fijo dicha moneda.

En cuanto a la deuda externa cada vez se le debía más a EUA, fue entonces que se incrementó al consumo general un 15%, lo que se llamaría IVA. La administración de Portillo, estuvo marcada por sus esfuerzos para aprovechar los inmensos recursos petroleros de México y por lograr una mayor independencia económica de Estados Unidos. Promovió la denominada Alianza para la Producción, promulgó una ley de amnistía política, y en el campo de las relaciones internacionales restableció las relaciones diplomáticas con España. Convocó una importante reunión Norte-Sur y propuso en la Organización de Naciones Unidas.

En 1982, la administración de ese entonces perdió prestigio, debido a la corrupción y a la enorme deuda exterior, contraída por los fuertes préstamos internacionales. Una de sus últimas medidas fue la nacionalización de los bancos privados. Sus relaciones conyugales durante su gobierno proporcionaron escándalos sociales que afectaron la administración pública.

En un informe de gobierno hizo mención acerca del peso que ya estaba devaluado y dijo que defendería la moneda como perro. El presidente mexicano José López Portillo restableció relaciones diplomáticas con España, interrumpidas durante 38 años. Así mismo, durante su mandato, se inició en el golfo de México (1979), la explotación de los dos pozos petrolíferos de mayor producción mundial. López Portillo deja el poder al Licenciado Miguel de la Madrid en el año de 1982.

Para beneficiar a los trabajadores con bajo salario, López Portillo modificó algunas leyes fiscales y se firmaron convenios con 140 empresas privadas para crear trescientos mil empleos.

Fundó el banco obrero, con un capital de cien millones de pesos.

En el ámbito internacional, López Portillo es un personaje importante en las relaciones con España, pues fue el primer jefe de Estado mexicano que viajaba a ese país. Con este hecho, las relaciones se hicieron prometedoras. España compró una fuerte cantidad de petróleo y azufre mexicanos.

Basó el desarrollo económico en la explotación de bancos petrolíferos y en la obtención de créditos en el extranjero a partir de ésta, lo que causó serios problemas cuando se dio una baja mundial en el precio del petróleo. El peso sufrió varias devaluaciones y la banca fue nacionalizada.

A pocos días de que Miguel de la Madrid tomó posesión de la Presidencia de la República, envió una iniciativa de ley al Congreso de La Unión para modificar la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. En ella concluyó modificaciones para adecuar la estructura de su gabinete al proyecto político que tenía planeado para gobernar a la Nación. Le creó al Lic. Francisco Labastida la Secretaría de Energía, Minas e Industria Paraestatal, que sustituía a la Secretaría de Patrimonio Nacional. El cambio de ese nombre no era casual, pues mantenerla como una dependencia que administraba el patrimonio de la Nación significaba que los organismos ahí controlados no pudieran ser vendidos a la iniciativa privada. En cambio su bautizo implica entender al aparato empresarial del Estado como un conjunto de bienes rematables que no formaban parte de la riqueza nacional. Supuestamente para corregir los males de la corrupción y la conducción exulta de las agencias públicas fue creada, también a iniciativa de De la Madrid, la Secretaría de la Contraloría General de la Federación, ahora llamada casi de igual manera. Los mexicanos y ya muchos extranjeros saben muy bien para que sirvió la creación de tal elefante blanco. El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, el INEGI quedó bajo el control del entonces encargado del despacho de Programación y Presupuestos, Carlos Salinas de Gortari, absorbiendo funciones que le correspondían en parte al Instituto Nacional de Población, adscrito a Gobernación y otras responsabilidades que le competían a la Secretaría de Hacienda. Esa dependencia se convirtió en una verdadera fuente de investigación privilegiada e incluso de inteligencia política para el grupo compacto salinista que desde esos momentos ya estaba apoderándose de todas las áreas estratégicas del Estado.

Con una política austera enfrentó problemas económicos muy fuertes, como el descenso del precio del petróleo a nivel mundial.

En el ámbito internacional, cooperó con un grupo diplomático encargado de procurar la paz en Centroamérica.

Un viaje por varios países europeos trajo como consecuencia un intercambio más intenso a nivel comercial, político y cultural.

A finales de su gobierno una muy fuerte devaluación afectó nuevamente la ya quebrantada economía mexicana.

A fines de 1987 una gran crisis financiera interrumpió el proceso de recuperación de la economía, con el desplome de la Bolsa Mexicana de Valores. En parte, ésta fue ocasionada por la caída de las bolsas de valores de Nueva York y de los principales centros financieros internacionales; pero también fue resultado de errores cometidos internamente en el manejo del mercado de valores. El ambiente de incertidumbre provocado por ese desplome

y una inercia inflacionaria de 6% mensual, dieron lugar a una corta pero intensa fuga de capitales que culminó rápidamente con la devaluación de noviembre de 1987, hecho que colocó al país en el camino de la hiperinflación.

El gobierno de Miguel de la Madrid se vio forzado a introducir uno de los más severos programas de ajuste económico: recorte de gasto público, aumento a los precios de los productos básicos (tortilla, pan, leche y gasolina), así como una política monetaria y de tipo de cambio orientada a contener el alza del resto de los precios. Se usó un mecanismo nada ortodoxo: la búsqueda de consensos entre gobierno, empresarios y sindicatos a través del llamado "Pacto". Al inicio de 1988 los precios crecían a una tasa anual de 150%. El Pacto permitió que para fines de ese año la inflación fuera de 51%<sup>39</sup>.

Pero el efecto social y político del ajuste fue tremendo. La economía se volvió a estancar y en la elección presidencial de ese año el PRI sufrió la erosión de votos más alta de su historia.

Asumió la presidencia el 1° de diciembre de 1988, el Lic. Carlos Salinas de Gortari, en un periodo extremadamente complicado para México, pues la crisis continuaba afectando la economía nacional.

Durante este sexenio se continuó con la política económica basada en la planeación indicativa, a cargo de la Secretaría de Programación y Presupuesto.

A través de lo que los especialistas llamaron "Terrorismo fiscal", Salinas obtuvo más ingresos; y se deshizo de muchas empresas propiedad del gobierno que funcionaban como pérdidas para reducir los gastos.

Renegoció la deuda externa reduciéndola en un 26% e incluso, en 1991, se reportó el primer superávit en muchos años.

Durante su sexenio, la red de carreteras se reestructuró y se puso en marcha el Programa Nacional de Solidaridad, que se encargó de dotar de agua, electricidad, o banquetas a pueblos lejanos de la ciudad.

A nivel internacional se firmó el Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y Canadá y se lograron muchos intercambios comerciales y culturales con diversos países.

En México durante los años setenta el déficit fiscal y la deuda externa crecieron excesivamente. Por eso, en los ochenta la economía mexicana se estancó y la inflación se disparó. Para volver a crecer con estabilidad de

---

<sup>39</sup> Ibidem, pág. 50.



precios, necesitábamos reformar el Estado y promover la eficiencia y estabilizar la economía.

Para abatir la inflación nos apoyamos en una política fiscal y monetaria congruentes, que tuvieron su mejor complemento en el Pacto. Así, logramos pasar de una inflación de 51% en 1988 a una de sólo 7% anual en 1994.

No fue un abatimiento ficticio de la inflación, mediante controles artificiales de precios. El Banco de México lo confirmó al afirmar que el Índice Nacional de Abastecimiento de Artículos de la Canasta Básica para 1994 era el mejor que se ha registrado desde que se inició la medición de este índice en 1980...Durante 1994 el abastecimiento de los productos básicos, así como de los demás fue prácticamente óptimo.

Pero no sólo se logró reducir la inflación. Durante los seis años de esta administración la economía creció en términos reales, si bien a tasas todavía reducidas en función de las necesidades del país.

Durante cinco de los seis años, el crecimiento por habitante también fue positivo, pues la economía aumentó por encima de la dinámica de la población.

Con la estrategia de reformas para abrir la economía y reducir la deuda, construimos expectativas favorables para la recuperación económica. Concluida la renegociación de la deuda externa a principios de 1990, durante el resto de la administración la economía pudo haber crecido a tasas anuales de 5% real. Al eliminarse la incertidumbre que producía el endeudamiento excesivo pudieron haberse alcanzado dos puntos más de crecimiento real por año. Además, al fortalecerse la confianza, hubo una notable baja en las tasas de interés y un aumento en la repatriación de capitales.

Se pensaba que la economía de los Estados Unidos era una de las más abiertas del mundo, ya que registraba un arancel promedio de sólo 5%: Era cierto pero sólo en parte. La realidad en la aduana era muy diferente y muy complicada. Muchas exportaciones mexicanas enfrentaban aranceles superiores al 20%. Además, a pesar de las negociaciones, había barreras arancelarias (como las cuotas y las mismas limitaciones en la aduana, entre otras) que impedían o limitaban el acceso de productos mexicanos al mercado norteamericano: textiles, siderurgia y agropecuarios, por citar algunos. Adicionalmente, existía inseguridad respecto al acceso de productos, porque a pesar de que podían no enfrentar obstáculos en ese momento, se temía que a medida que adquirieran mayor importancia sus competidores norteamericanos ejercerían presiones para limitar su acceso. Así, aumentaban las acciones proteccionistas y, junto con ellas, algunos fallos unilaterales contra exportaciones mexicanas que establecían impuestos compensatorios y otras medidas de política comercial.

Antes del tratado, muchos productos mexicanos con una gran potencial para venderse en el mercado del norte eran obstaculizados con aranceles mucho más altos, o bien por medio de discriminaciones administrativas. Bastan algunos ejemplos: la sandía tenía arancel de 35%, los espárragos, del 25%, la venta de aguacate estaba prácticamente restringida y era imposible exportar azúcar. Alrededor de 750 categorías de productos tenían aranceles extremadamente altos, algunos hasta de 800%, y se trataba de artículos en los que éramos especialmente competitivos. Además, existía el irritante problema de los aranceles estacionales que crecían de manera exagerada durante aquellos meses en que los productos norteamericanos aumentaban su oferta, como en caso del jitomate. Por si fuera poco, una decisión e la autoridad aduanal podía frenar las exportaciones mexicanas en cualquier momento. Cuando ganábamos mercado, aparecían trabas, como ocurrió con el cemento. El norteamericano sí era un mercado abierto... pero no para nosotros. Finalmente, al igual que en todo el mundo industrializado, su agricultura era el sector más protegido, con enorme poder político y simpatía de la población, lo que anticipaba una gran dificultad para lograr más exportaciones en ese sector.

La decisión de negociar el TLC se dio en el contexto de la nueva realidad mundial. A lo largo del proceso estuvo presente una preocupación constante entre los mexicanos: ¿La integración económica con los Estados Unidos representaría la pérdida de nuestra soberanía? Sin duda, al negociar, fue necesario hacer concesiones para obtener beneficios a cambio. Con el TLC, el gobierno mexicano tuvo que garantizar que ya no se ejercerían las decisiones discrecionales que otras administraciones practicaron en el pasado para orientar la economía. Sin embargo, ese compromiso no representó una capitulación: mi gobierno no entregó las decisiones a las autoridades norteamericanas sino que simplemente, dejó de ejercerlas de manera discrecional, lo cual había sido un reclamo reiterado de la sociedad mexicana ante los excesos estatistas de nuestra historia. Pero además, la negociación no representó la renuncia a definir el rumbo de nuestra economía, sino la oportunidad de que, con la apertura de los mercados, los estadounidenses renunciaran, también, a la actuación unilateral que sus críticos han calificado como "expresión de su arrogancia imperial"<sup>40</sup>.

Durante esta administración la tasa de crecimiento de la población se redujo de 2% en 1988 a 1.8% en 1994. Sin embargo, en esos seis años la población total del país pasó de 80.2 a 90 millones de personas, un aumento de casi 10 millones. El puro incremento era igual a la población total de Suecia, Portugal o Austria. El número de habitantes que en seis años se sumó al país equivalía a tres veces la población de Uruguay, dos terceras partes de la de Chile y al total de la de Guatemala. Este crecimiento representó un reto formidable: atender a diez millones de personas adicionales en sus demandas

---

<sup>40</sup> Idem.

de alimentación educación, salud y vivienda. Además estos nuevos reclamos se sumaban a los rezagos de servicios sociales acumulados a lo largo de la historia.

La reducción de la deuda externa había contribuido a eliminar los pagos excesivos al exterior. Sin embargo, aún teníamos un flanco delicado: las finanzas públicas. Nuestra deuda interna era muy elevada. Al iniciar mi gobierno la deuda interna como proporción del PIB ascendía a 19%. <sup>1</sup> Cada año pagábamos los vencimientos del principal, pero lo más pesado era su servicio, es decir, cubrir los intereses. En 1988 la tasa de interés fue de 52% y el año anterior había sido de 122%. <sup>2</sup> El servicio de la deuda era una carga insostenible pues el pago de intereses absorbía casi la mitad de todo el presupuesto federal. La única manera de abatir esos pagos era reducir el saldo de la deuda. No faltó quien propusiera otro método: “Desatar la inflación para que se desplome el valor real de la deuda”. Ese método era inaceptable pues la inflación también hubiera desmoronado el valor del patrimonio familiar y de los salarios de los trabajadores. El único camino responsable era vender los activos del gobierno, pagar la deuda interna y así evitar el pago de intereses.

En enero de 1994 se inició en Chiapas un levantamiento armado indígena que provocó una seria crítica internacional contra su gobierno. A partir de ello, sobrevinieron varios acontecimientos que desembocaron en la estrepitosa caída del peso al final de su mandato presidencial.

De este modo quedó empañado su buen desempeño presidencial, el cual había hecho declarar a la prensa, tanto nacional como internacional que era el mejor gobernante de México en los últimos años. Entregó el poder a Ernesto Zedillo y se retiró al extranjero.

El 9 de diciembre de 1994, en cumplimiento del mandato legal, el nuevo gobierno presentó ante el Congreso las iniciativas de Ley de Ingreso y Presupuesto de Egresos de la Federación. En cumplimiento de la Ley de Planeación, las iniciativas debían acompañarse del documento de "Criterios Generales de Política Económica para 1995. Este documento estaba firmado por el presidente Ernesto Zedillo. Los textos fueron integrados por un equipo de economistas profesionales encabezados por Zedillo. Al firmarlos, el Presidente reconoció que el documento representaba un análisis cuidadoso. Por eso afirmó:

En este documento se consideran los elementos generales de la política económica para 1995. Esta política está sustentada en el análisis de la situación actual de la economía mexicana, de las condiciones internacionales que enfrenta el país, de los retos y oportunidades que se presentan, así como de los objetivos y propósitos que en las presentes circunstancias es viable y conveniente adoptar.

En el apartado Política Económica, el Presidente Zedillo incluyó un diagnóstico claro y objetivo de lo acontecido en 1994:

Se estima que el PIB alcanzará para 1994, un crecimiento de 3.1%, no obstante los trágicos acontecimientos acaecidos en el ámbito nacional. Además la inestabilidad de los mercados internacionales propició un repunte de las tasas de interés y un aumento en la paridad cambiaria, dentro de su banda de flotación.

Las percepciones reales de los trabajadores registraron en promedio una recuperación moderada. En particular, las remuneraciones reales medias del personal ocupado en la industria manufacturera aumentaron en un 4.2% entre enero y septiembre de 1994, en relación con el mismo lapso del año anterior.

Para el cierre de 1994, se estima una inflación anual del 6.9%. Éste es el nivel más bajo de los últimos 22 años y es menor, en 1.1 puntos porcentuales a la inflación de 1993.

En materia de finanzas públicas, se estima que se obtendrá un equilibrio en el balance económico, es decir, el año concluirá sin déficit. Este equilibrio permitirá que, al término de 1994, el saldo de la deuda pública neta, consolidada con el Banco de México, se mantenga en un porcentaje del PIB similar al del año anterior, que se ubicó en 22%

Como se ve al final de estos párrafos, Zedillo hace referencia al saldo de la deuda pública y reconoce su bajo nivel. Nótese que, a pesar de saber que los Tesobonos formaban parte de esa deuda, Zedillo no hace ninguna mención a ellos.

El país enfrenta una crisis económica, pero sobre todo política; pues una vez iniciado su mandato el peso se devaluó drásticamente con lo que se inicia un clima de recepción económica, desempleo y descapitalización de las empresas. Se elabora el plan nacional de desarrollo de recuperación económica, este propone el fortalecimiento de la soberanía nacional; busca la consolidación de un régimen de convivencia social basado en la ley aplicada a todos por igual mediante la justicia: así mismo buscará un desarrollo económico democrático y social para los mexicanos; finalmente el crecimiento económico deberá ser vigoroso, sostenido y sustentable en beneficio de todos los mexicanos.

Cuando la crisis mexicana parecía que se iba a prolongar, las culpas se pusieron en el pasado. Cuando la recuperación fue más rápida de lo anticipado y se presentaron otras crisis en Rusia y en el sureste asiático, el gobierno de

Zedillo se presentó como el milagroso salvador de la crisis, pero ocultó que él mismo la había generado, con sus errores a partir de diciembre de 1994. Entonces pretendió que las reformas estructurales del pasado, en que se basaba la recuperación, no le merecían más que vilipendio y descrédito, al haber alentado la descalificación en bloque de un gobierno al que el nuevo presidente le debía todo.

Para cubrir y proteger sus decisiones discrecionales, los miembros del Comité aprovecharon que la Ley no establecía disposiciones para supervisar ni regular al Fobaproa. La Contaduría Mayor reportó que la CNBV no auditó al Fobaproa. ¿La razón? La CNBV respondió que "ni su ley ni la Ley de Instituciones de Crédito le otorgan facultades" para supervisarlos. Tampoco lo auditó la Secretaría de Hacienda, al no haber disposición expresa en la ley que lo exigiera. La Contaduría lo confirmó:

No se contó con un marco de referencia para el seguimiento de las acciones, el control y supervisión de las reglas de operación del Fobaproa, por lo que los tramos de control fueron discrecionales para el Comité Técnico. ...No se realizaron auditorías a las operaciones del Fondo.

En los hechos, el vacío jurídico garantizó que, en el rescate de créditos y bancos, los operadores del Comité Técnico pudieran decidir la impunidad de unos, el castigo de otros y la falta de transparencia en el endeudamiento más grande en la historia del país. Lo hicieron sin supervisión ni rendición de cuentas.

Ante tales abusos, la Contaduría Mayor expresó un apremio:

Considera necesario que el Ejecutivo Federal debe solicitar al H. Congreso de la Unión su aprobación para el otorgamiento de dichos avales dado el impacto futuro que éstos puedan llegar a tener en las finanzas públicas  
No se cumplió este mandato de la Contaduría Mayor del Congreso.

Utilizaron la discrecionalidad para entregar el sistema de pagos mexicano a los bancos extranjeros

La figura presentada alguna vez como el prototipo del neoliberalismo, la primera ministra de Gran Bretaña, Margaret Thatcher, sostenía que no debía entregarse los bancos principales de un país a los extranjeros pues se perdía el control del sistema de pagos. Sólo los neoliberales mexicanos del equipo de Zedillo podían promover su entrega. Eso fue lo que sucedió entre 1995 y 2000. Utilizaron la discrecionalidad para que los bancos extranjeros adquirieran por asignación o supuesta subasta el control de los principales bancos

mexicanos<sup>41</sup>.

Los resultados alcanzados en los cinco años de Gobierno confirman que el Programa de Reformas Económicas impulsado por el Gobierno del Presidente Ernesto Zedillo ha permitido que el país tenga un desempeño favorable, generando con ello más empleos para los mexicanos.

Después de la severa contracción de 1995, la economía en 1996 creció 5.1 por ciento y en 1997 se alcanzó la tasa de crecimiento más alta en 16 años, de 6.8 por ciento. En los primeros nueve meses de 1999, el PIB creció a una tasa anual de 3.2 por ciento.

La tasa de crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) para el período 1996-2000 habrá sido de casi cinco por ciento, la tasa más alta para un período similar en los últimos 20 años. En 1999 se estima que el PIB registró un crecimiento real anual de cerca de 3.4 por ciento, cifra que resultará superior a la meta de 3.0 por ciento inicialmente planteada. El dinamismo de la actividad productiva se fundamenta tanto en un mayor nivel de gasto en consumo e inversión interno del sector privado por en el desempeño favorable de las exportaciones de bienes y servicios.

Gracias a la fortaleza económica el empleo presenta una tendencia favorable.

Al cierre de octubre de 1999, el número total de asegurados en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se situó en un máximo histórico de 12.3 millones de personas y la Tasa de Desempleo Abierto llegó a 2.55 por ciento en promedio en los primeros 11 meses de 1999, la tasa promedio más baja para un período similar desde que se empezó a calcular este indicador en 1987.

Durante los últimos años, se han fortalecido las bases de nuestra economía.

- En 1999, la inflación acumulada fue de 12.3 por ciento, cifra inferior en más de seis puntos porcentuales a la del año anterior y menos de una cuarta parte de la que se registró en 1995.

- El crecimiento de las exportaciones ha sido espectacular. El monto total exportado como porcentaje del PIB en 1999 es casi el doble respecto al de 1994.

---

<sup>41</sup> Ibidem, pág. 40.

El déficit en cuenta corriente como proporción del producto se mantiene en niveles moderados y congruentes con la disponibilidad de recursos financieros de largo plazo. Se espera que en 1999 la inversión extranjera directa haya financiado más de 80 por ciento de dicho déficit.

Entre enero de 1994 y septiembre de 1999, México recibió más de 67 mil millones de dólares en inversión extranjera directa, manteniéndose como uno de los principales países receptores de inversión extranjera entre los países en desarrollo.

- Al cierre de 1999, las reservas internacionales alcanzaron un nivel superior a 30 mil millones de dólares, uno de los mayores montos en la historia de México.

- En junio de 1999 las autoridades financieras formalizaron el *Programa de Fortalecimiento Financiero 1999-2000*, el cual incluye recursos por 16 mil 900 millones de dólares en forma de líneas de crédito y comercio exterior y seis mil 800 millones de dólares de líneas contingentes al amparo del *Acuerdo Financiero de América del Norte*. Ello, asegura el refinanciamiento de la deuda externa pública en el período 1999-2001 y permite contar con recursos disponibles para hacer frente a posibles eventualidades. Esto contribuirá a garantizar la estabilidad de la economía mexicana durante el período de cambio de Gobierno.

- La política en materia de finanzas públicas se ha dirigido a fortalecer el crecimiento económico sostenido con estabilidad de precios. Los resultados en el período enero-septiembre de 1999 demuestran que las finanzas públicas se encuentran dentro de los límites establecidos en el presupuesto para el año, y son congruentes con la meta de un déficit público equivalente a 1.25 por ciento del PIB para 1999.

- Al cierre de septiembre, la relación que guarda la deuda externa neta en términos del PIB alcanzó un nivel de 17.5 por ciento. Como se muestra en la gráfica siguiente, a lo largo de los últimos cinco años se ha presentado una disminución progresiva del saldo de la deuda externa como porcentaje del PIB, alcanzando al cierre del tercer trimestre un nivel equivalente a poco más de la mitad de lo observado cuatro años antes.

- Por su parte, al concluir el tercer trimestre, la deuda interna neta representó nueve por ciento del PIB cabe mencionar que las políticas establecidas a lo largo del año han propiciado un incremento considerable en el plazo promedio de los valores gubernamentales emitidos en el mercado doméstico.

- El proyecto de Presupuesto de Egresos aprobado por la Cámara de Diputados es el presupuesto con mayor contenido social en la historia de nuestro país.

- En el presupuesto del 2000, por cada 100 pesos que erogare el Gobierno, casi 61 serán destinados a promover el desarrollo social, el porcentaje históricamente más alto. Además, como proporción del PIB o en términos per-cápita, el gasto social representará también un nivel máximo en la historia reciente del país.

- El Presupuesto del 2000 es federalista ya que por cada peso de gasto que erogare la Administración Pública Centralizada, los estados y municipios erogarán alrededor de 1.5 pesos, mientras que en 1994 ellos erogaban sólo 90 centavos por cada peso.

- Durante la presente Administración el gasto primario total se habrá incrementado en casi 10 por ciento en términos reales, mientras los recursos a estados y municipios acumularán un crecimiento real de cerca de 47 por ciento. En contraste, el presupuesto de las dependencias y entidades del Ejecutivo habrá disminuido en poco más de ocho por ciento.

El sólido crecimiento económico registrado a partir de 1996 ha sido fundamental para elevar progresivamente los niveles de bienestar de los mexicanos y para consolidar la política social del Gobierno. En 1998 el gasto social representó 9.2 por ciento, como proporción del Producto Interno Bruto (PIB). Hace una década era de 5.8 por ciento y entre 1990 y 1995 fue de 7.8 por ciento. En 1999, 60 por ciento del Gasto Programable Presupuestario se destinó a funciones de desarrollo social, principalmente a educación, salud y seguridad social. Esta es la proporción más alta en la historia de México.

El Gobierno del Presidente Zedillo puso en marcha programas destinados a combatir eficazmente la pobreza extrema y a eliminar sus consecuencias, tales como la desnutrición, las enfermedades, la baja escolaridad y la carencia de oportunidades. El *Programa de Educación, Salud y Alimentación* (PROGRESA) prevé acciones destinadas a combatir integralmente las causas de fondo que generan la pobreza extrema en las regiones marginadas del país.

El PROGRESA llega cada vez a más familias mexicanas que lo necesitan. Actualmente, dos millones 300 mil familias reciben este subsidio del Gobierno Federal; es decir, casi 12 millones de personas, 60 por ciento de esta población no recibía en 1994 ningún subsidio del Gobierno Federal. Ahora la meta para el inicio del año 2000, es atender a dos millones 600 mil familias.



- PROGRESA apoya la **educación** de los niños en condiciones de pobreza. Gracias al apoyo proporcionado por el Gobierno Federal, en las comunidades PROGRESA la matrícula de primer año de secundaria se incrementó en 30 por ciento.

- PROGRESA ayuda a la **salud** de los niños en condiciones de pobreza. El número de consultas a menores de cinco años de edad, en las comunidades que atiende PROGRESA, se incrementaron 30 por ciento.

- PROGRESA otorga un apoyo para la **alimentación** de las familias beneficiarias mediante una transferencia monetaria mensual que, junto con los apoyos monetarios para la educación, representan para una familia rural típica un incremento en sus ingresos monetarios equivalente a casi 40 por ciento del salario mínimo general.

Uno de los instrumentos más importantes para dar más eficacia a la política social fue la descentralización.

Como nunca antes, se transfirieron facultades, responsabilidades y recursos del centro a los gobiernos estatales y a los ayuntamientos.

- Por cada peso que gastó en 1999 el Gobierno Federal, los gobiernos de los estados y los ayuntamientos están gastando 1.48 pesos. En 1994 esta proporción era de 90 centavos y en 1988 era de 51 centavos. Ahora, por primera vez en la historia de México, los gobiernos locales ejercen directamente más recursos que la Federación.

- El nuevo *Federalismo* está significando una auténtica redistribución del poder público, tanto económico como político, entre los tres órdenes de Gobierno. También significa promover la democracia y fortalecer la participación social.

El presidente Fox, reiteró en su discurso de investidura que no privatizará el monopolio estatal Petróleos Mexicanos (Pemex) ni la estatal Comisión Federal de Electricidad.

En el marco constitucional vigente, Pemex continuará como propiedad exclusiva de la nación, dijo Fox en su primer discurso oficial como mandatario mexicano, antes de precisar que sí promoverá una transformación en la empresa para hacerla más eficiente.

Debe reconocerse, sin embargo, que (Pemex) enfrenta una fuerte rigidez administrativa, presupuestal y normativa que le impiden desarrollarse como empresa eficiente y competitiva", afirmó ante el Congreso.

Ratifico que Pemex será transformada en una empresa manejada con criterios de eficiencia y sujeta a criterios de vanguardia a nivel mundial. Será también una empresa con sensibilidad para las regiones, los estados y los municipios en los que opera.

Con respecto a la Comisión Federal de Electricidad (CFE), la mayor de las dos empresas estatales que controlan la producción y distribución de electricidad en el país, Fox dijo que tampoco la privatizará, pero reiteró sus planes de promover una apertura a la inversión privada.

No, se privatizaría la Comisión Federal de Electricidad ni se venderá ninguno de sus activos, sin mencionar la otra eléctrica estatal, la compañía de Luz y Fuerza del Centro.

Se pronunció sobre la promoción ante el Congreso para la apertura a la inversión a fin de salvaguardar los recursos fiscales para invertirlos en hospitales, escuelas, desarrollo de comunidades indígenas y combate a la pobreza.

La política se enfocó a la participación de capital privado en el sector energético y miembros de su equipo de transición han señalado que el mandatario buscará impulsar la competencia en la generación mientras que el Estado mantendrá el control de la transmisión por lo que se abriría la puerta a la privatización del sector.

El gobierno insistía en que era urgente la inversión de unos 45.000 millones de dólares para expandir y mejorar la red eléctrica nacional durante la próxima década.

En los últimos años, el gobierno ha vendido algunos contratos de generación a compañías externas, pero las concesiones enfrentan aún un fuerte control estatal, lo que ha provocado una falta de interés cada vez mayor en esos contratos.

Actualmente trabajan en la industria eléctrica unos 96.000 trabajadores sindicalizados, una de las mayores bases sindicales del país

El presidente de la república Vicente Fox Quesada, en su campaña de proselitismo dijo: “debemos implementar una reforma fiscal mas clara y transparente; con una manera de tributación donde los ricos paguen mas que los pobres”.<sup>42</sup> Pero estas palabras no fueron lo suficientemente convincentes para el Secretario de Hacienda y Crédito Público Francisco Gil Díaz elaboró una propuesta de reforma fiscal que fue enviada al congreso de la unión en donde

---

<sup>42</sup> FOX QUESADA, Vicente, Primer Informe Presidencial, Diciembre 2000.

se implementó gravar con 15% de IVA en medicinas y alimentos, los argumentos dados fueron el que la gente mas rica gasta mas en estos productos y la gente pobre no tanto; si es cierto pero la proporcionalidad no es la misma ya que una persona de bajos ingresos su ingreso lo destina solo al consumo y una persona de altos ingresos aparte de consumir mas que la persona de ingresos bajos destina al ahorro su excedente; reforma que no ha sido aprobada hasta el día de hoy.

## **2.8. Derecho Comparado**

Tenemos que el derecho comparado nos sirve para poder tomar referencias respecto de la normatividad aplicada en otros países que puede ser de utilidad para nuestro país por tener puntos en común.

### **2.8.1. Seguro Social en Alemania**

La concentración de trabajadores tiene como consecuencia directa un mayor contacto entre ellos y la más fácil percepción de casos numerosos de siniestros, de realización de hechos contingentes.

La mayor posibilidad y frecuencia de accidentes son producidos por máquinas movidas por fuerzas físicas; las de vapor primero y más tarde las de electricidad y de motores de combustión interna, las cuales constituyen un factor permanente de siniestros, que en el mejor de los casos causan imposibilidad transitoria del trabajador y, en otros, la incapacidad permanente para la labor e incluso la muerte, en el peor de los supuestos. La observación directa de estos casos, posible gracias a la concentración de trabajadores en una sola clase de producción, pone ante sus ojos la percepción del fenómeno material en sí y la necesidad de remediarlo, lo mismo para la prevención de los riesgos que disminuyan su frecuencia como para la reparación de los daños causados por estos riesgos, si ocurrieran. La debilidad del asalariado para subvenir sus necesidades se presenta más clara y objetiva. La similitud de labores y la igualdad de trabajo, con el interés común de luchar para el remedio de los males que los amenazan actúan en la mente y en la voluntad de los trabajadores de forma parecida a lo que sucediera en la época corporativa en que surgieran los gremios, iniciándose la formación de sindicatos que representan, frente al empresario, las aspiraciones de los asalariados. Entre ellas, cabe insistir y destacar la prevención del riesgo emergente y el remedio del realizado.

Las primeras leyes que crean y regulan un auténtico Seguro Social son promulgadas por el canciller de Prusia, Otto von Bismarck, durante la época del emperador Guillermo I.

El movimiento socialista fue adquiriendo gran fuerza en la vida europea, cuyas estructuras liberalistas se tambalean imposibilitadas de satisfacer las necesidades mínimas de la creciente población obrera. Las fábricas requerían mayor producción y las máquinas desplazaban a los trabajadores, quienes debían someterse a las exigencias de los patrones. La acumulación de grandes capitales volvió miopes a sus detentadores; si producían más requerían mercado y compradores, por lo que mantener e incrementar la posibilidad adquisitiva de sus propios trabajadores ampliaría el mercado y garantizaría el consumo. La exportación debe ser complemento y no desplazamiento del mercado; la forma más simple de producción obliga y permite atender las necesidades próximas y hacer crecer la demanda que propicie la oferta. La inestabilidad y la falta de empleo general intranquilidad y desconfianza; el raquítico pago de salarios aunado a su bajo poder adquisitivo, hacen tambalear estructuras y derriban gobiernos.

Todos los factores económicos negativos fueron conjuntándose en los países industrializados el socialismo aprovechó los defectos para dar la pelea, perdida desde sus inicios por falta de bases económicas. Se proponía cambiar a los detentadores del poder y sustituirlos por los proletarios; mortal error: los débiles nunca pueden ser poderosos, por temor e ignorancia en el empleo de su fuerza. A pesar de las muchas reuniones y de las listas inagotables de trabajadores que se unían a sus movimientos, era poco lo que se lograba en el reconocimiento de derechos, la fuerza política se unió a la económica y el poder espiritual anatematizó a los socialistas. Es cierto que las batallas nunca las ha ganado el pueblo, pero también es realidad que jamás se ha triunfado sin contar con él. Las leyes consignaron mínimas garantías para el trabajador, primero en los ordenamientos civiles y lentamente en normas jurídicas autónomas, en las que el patrón mantuvo la primacía y posibilidad de limitar y condicionar el derecho. Anteriormente se decía que cuando, un trabajador reclamara el pago de salario y el patrón afirmara haberlo hecho sería a éste último a quien se creyese. Todavía hasta que el patrón niegue la existencia del despido y ofrezca la continuidad en el trabajo para que el trabajador quede obligado a probar tal despido.

Ante la aparente fuerza del socialismo, el poder público lo condenó enérgicamente y la Iglesia católica lanzó su encíclica Rerum Novarum; pero todo intento destinado a frenar este movimiento estaba de antemano condenado al fracaso. Fue necesario recordar que el ser humano tiene necesidades materiales por satisfacer y que busca la tranquilidad y el bienestar.

En 1878, después de dos atentados frustrados contra la vida del viejo káiser Guillermo I, unificador de Alemania, Bismarck concibe un plan para ahogar el poderoso movimiento socialista, mediante una legislación de

emergencia: la ley contra las tendencias de la social-democracia, consideradas peligrosas para la comunidad.

Pero como siempre acontece, el vencido influye en el ánimo del vencedor; cuando el poderoso exige disciplina, reclama orden o condena la violencia es porque siente la imposibilidad de controlarlas. No busques la explicación en la fuerza extraña, sino en tu propia debilidad, debiera ser el adagio destinado a explicar todos los signos de la época.

Bismarck, asistido y aconsejado por los economistas Adolfo Wagner y Schaffle, comprende la trascendencia de los seguros sociales como instrumento político para atraer a las clases económicamente débiles, unirlos en torno al Estado y, en definitiva, robustecer la autoridad de éste para contrarrestar, mediante la implantación de los seguros sociales, la acción de los riesgos a que con mayor frecuencia estaban expuestos los obreros y sus familias.

En las conversaciones polémicas que sostuvieron Bismarck y Lasalle, afirma que el Canciller “Hay que realizar todo aquello que se ajuste y pueda llevarse a cabo dentro de los límites de la organización del Estado”.

Bismarck justificaba la creación del Seguro Social en 1881, cuando sostenía: “El Estado que puede reunir más dinero fácilmente debe ser el que tome el asunto en sus manos. NO como limosna, sino como derecho a recibir ayuda, cuando las fuerzas se agoten, y a pesar de la mejor voluntad, no se pueda trabajar más... Este asunto acabará por imponerse, tiene porvenir...; todo aquel que vuelva a patrocinar estas ideas, tomará el timón de la nave (la del Estado). El que tiene pensión para su vejez está mucho más contento y es mucho más fácil de tratar. Aunque se precisase mucho dinero para conseguir el contento de los desheredados, no será nunca demasiado caro; sepia, por el contrario, una buena colocación de dinero, pues con ello evitaríamos una revolución que consumiría cantidades más superiores”.<sup>43</sup>

La primera ley de un auténtico Seguro Social fue la del seguro obligatorio de enfermedades, establecida el 13 de junio de 1883; la segunda, el 6 de julio de 1884, sobre seguro de accidentes de trabajo de los obreros y empleados de las empresas industriales; y otra más el 22 de junio de 1889, con el seguro obligatorio de invalidez y vejez.

Si un trabajador caía enfermo, el seguro de enfermedad le proporcionaba atención médica y ayuda financiera; cuando sufría un accidente, el fondo de compensación sufragaba todos los gastos médicos; cuando quedaba total o parcialmente incapacitado, inválido, habiendo cumplido los 65

---

<sup>43</sup> BRICEÑO RUIZ, Alberto, Ob. Cit., pág. 54.

años y estando cesante, recibía una pensión que le permitiera vivir decorosamente.

Los gastos del seguro de accidente eran sufragados por el patrón; los del seguro de enfermedad se repartían entre la empresa y el empleado, así como los de vejez e invalidez. El Reich fue desde el principio el tercer participante de éstas dos últimas ramas. Con ajuste al monto de sus participaciones, tanto patrones como trabajadores intervenían en la administración autárquica del Seguro Social.

Estas leyes delinear el sistema de Seguro Social en lo futuro. Sus características principales son:

a) Participación del trabajador en el costo del seguro, salvo en el de accidentes de trabajo, íntegramente sostenido por el patrón, con ajuste primero a la doctrina romana de la culpa extracontractual, aquilina, y después por la teoría de la responsabilidad objetiva del riesgo creado.

b) Participación del Estado, en representación de la sociedad interesada en el sostenimiento de los seguros de invalidez, vejez, enfermedades y maternidad.

c) Administración autárquica del sistema de seguros, con intervención de los destinatarios del servicio, patrones y trabajadores.

En 1900, los seguros sociales se enfocan con mayor amplitud y se procede a la unificación del de accidentes, que en 1905 se extiende a tres aspectos: accidentes, enfermedad e invalidez.

No obstante, esta tendencia no se completa sino hasta 1911, con la promulgación del Código Federal de Seguros Sociales y la Ley de Seguros de Empleados Particulares. El sistema de seguros de Bismarck, que abarcaba salud, vejez, enfermedades y accidentes tenía la deficiencia de no incluir la previsión del desempleo, impuesto en Inglaterra desde 1911 e incorporado en Alemania hasta 1926, donde fracasó debido al desempleo.

El artículo 161, Título V de la Constitución de Weimar de 1918, declaraba: “El Reich creará un amplio sistema de seguros para poder, con el concurso de los interesados, atender a la conservación de la salud y de la capacidad para el trabajo, a la protección de la maternidad y a la previsión de las consecuencias económicas de la vejez, de la enfermedad y de las vicisitudes de la vida”.

De esta constitución podemos derivar los principios aplicables a los seguros sociales:

- a) Competencia federal.
- b) Seguros contra todos los riesgos de vida en el trabajo.
- c) Predominio de las prestaciones preventivas.
- d) Intervención de los asegurados en la administración de los seguros.

Los seguros sociales alemanes estaban integrados por las siguientes ramas:

- 1) Seguro obligatorio de accidentes y enfermedades profesionales.
- 2) Enfermedad y maternidad.
- 3) Seguro obligatorio de invalidez, vejez y muerte.
  - a) Seguro de los obreros.
  - b) Seguro de los empleados.
  - c) Seguro de los mineros.
- 4) Seguro contra el paro involuntario.

La ley del 5 de julio de 1934 reorganiza la administración de los seguros sociales, autorizando al gobierno para dictar las disposiciones pertinentes.

Obsérvese que en Alemania en ningún momento se utiliza la denominación de Seguridad Social.

### **2.8.2. Seguro Social en Inglaterra**

Las causas que originan el establecimiento del Seguro Social en Inglaterra son diversas; van de la atención a los pobres, a la revolución industrial y a los movimientos sociales que no se atrevieron a alterar sus estructuras. Las leyes de pobres, los movimientos cartistas, el aislamiento de la gran isla y el crecimiento de las fábricas, configuran un sistema de indiscutible efectividad, muy distinto del alemán.

En Inglaterra el Seguro Social obedece a la iniciativa gubernamental - con gran contenido político- de instaurar los seguros anticipándose a las reivindicaciones que pudieran imponer los socialistas revolucionarios. El seguro privado de principios del siglo XIX, permitía adaptar sus principios al Seguro Social.

Las ideas de David Lloyd George y de Winston Spencer Churchill iniciaron el camino. Lloyd George había señalado en 1906: "No quiero decir que la riqueza de este país, hubiera de distribuirse por igual entre todos sus habitantes; lo que afirmo es que la ley, al proteger a algunos hombres en el disfrute de sus inmensas propiedades, debe procurar que quienes producen la

riqueza, sean protegidos con su familia, en lo precario de la situación. Actualmente no pueden adquirir los artículos de primera necesidad para la vida, a causa de circunstancias ajenas a su alcance. Pero esto tampoco significa que las personas con menos recursos, hubieran de acogerse a la lamentable y humillante condición de pobres, oficialmente considerados. Simplemente que la riqueza esparcida por este país debería, como condición previa para el disfrute de sus poseedores, contribuir a la subsistencia honorable de quienes estén en imposibilidad para mantenerse por sí mismos”.<sup>44</sup>

Churchill expresaba, el 11 de octubre del mismo año que ningún proyecto de sociedad puede considerarse completo sino comprende entre sus finalidades la organización colectiva y el incentivo individual. Toda la tendencia de la civilización se dirige, empero, a la multiplicación de las funciones colectivas de la sociedad. Las siempre crecientes complicaciones de la civilización crean para nosotros nuevos servicios que han de ser emprendidos por el Estado y significan la expansión de los servicios existentes.

En 1870, el sacerdote de la Iglesia anglicana, William Lewery Blackley, propuso un sistema de seguros contra la vejez y las enfermedades. Estas ideas motivaron a Joseph Chamberlain a elaborar un plan de seguro voluntario para la vejez con aportaciones del Estado, lo que suscitó diversas sugerencias, como la de Charles Booth en su programa relativo al pago de una pensión de cinco chelines semanales a cada persona, después de los 65 años de edad, con cargo a fondos procedentes de contribuciones, sin tomar en cuenta la condición de necesidad y la contribución previa.

En 1893, se nombró una comisión encargada de estudiar el problema de la ancianidad desvalida. En su informe destacaba que el ahorro personal, las sociedades de socorros mutuos y de beneficencia bastaban para resolver el problema.

En 1899 la Cámara de los Comunes, designó una nueva comisión para el estudio del problema de los ancianos pobres, que se pronunció a favor de un sistema de pensiones; en dicha comisión se encontraba David Lloyd George.

Así, se expidieron normas legales de previsión y seguridad social destinadas a proteger el derecho al trabajo y la tutela de los trabajadores:

1907. Ley sobre Educación, inspección médica, cuidado de la salud y condición física de los menores, en escuelas públicas elementales.

---

<sup>44</sup> BRICEÑO RUIZ, Alberto, Ob. Cit., págs. 55-56.



1908. Ley de pensiones para la vejez y ley reguladora del trabajo en las minas de carbón, con una jornada de 8 horas.

1909. Ley de Bolsas de Trabajo, con un sistema contra el paro forzoso; Ley de proyectos de Ciudades, para proporcionar casas baratas a los obreros y Ley de juntas de trabajadores.

1911. Primera legislación de seguros sociales, con intervención de Lloyd y Churchill. Lloyd estaba interesado en el seguro de enfermedad, habiéndose inspirado en Alemania. Churchill, ministro de comercio, conjuntamente con el secretario permanente del ministro, Hubert Llevellyng Smith y William Beveridge, proyectaron la Ley de 1911. Esta disposición se limitaba a cubrir las enfermedades de invalidez, ya que el seguro de vejez y orfandad no aparecen sino hasta 1925.

Las leyes de vejez de 1908 condicionaban sus prestaciones a los ingresos y propiedades del solicitante, de ahí que no se diferencien de la beneficencia pública<sup>45</sup>.

El financiamiento de los seguros contra la enfermedad y el desempleo se integraba con aportaciones del Estado, patrones y trabajadores; es decir, gravitaba sobre el consumo. La administración estaba confiada en el seguro contra enfermedad, a sociedades sin fines de lucro, organizadas por las agrupaciones de socorros mutuos o por las propias uniones obreras, o a sociedades consideradas adjuntas a las compañías de seguros comerciales. El seguro contra el paro se manejaba mediante un sistema nacional de Bolsas de trabajo.

En 1925, después de reformarse en 1920 el campo de aplicación del seguro contra el paro, se extendió el principio del seguro a los riesgos de vejez y muerte.

Las leyes de pensiones para viudas, huérfanos y ancianos disponían el pago de estas pensiones a las viudas de los asegurados y establecían subvenciones a los hijos menores y huérfanos. Los asegurados y sus esposas adquirirían el derecho a la pensión al cumplir 65 años.

El 1° de junio de 1941, Arthur Greenwood, ministro sin cartera, formuló ante la Cámara de los Comunes el anuncio del nombramiento de una Comisión Parlamentaria encargada del estudio de los seguros sociales.

El gobierno de guerra presidido por Churchill, junto con William Beveridge, integró la comisión con representaciones de once departamentos. El

---

<sup>45</sup> Ibidem, pág. 69.

informe básico mínimo que todo inglés debe percibir. El monto de este ingreso resultó de una investigación sobre el nivel de vida mínimo, costo de vestidos y habitación, cálculo de calorías de de otros factores del presupuesto familiar; aunque tal base haya sido abandonada, queda de ella e principio de cuotas fijas, independientes del salario.

Se reconoce en el plan tal importancia a la salud, tanto para la familia como para la nación, que se encomienda su protección a un servicio de salubridad que asegure cualquier tratamiento médico.

A la mujer casada se le reconoce una serie de primas o compensaciones, en razón de un estado económico y social: una división total proporcional al número de cuotas pagadas antes del matrimonio, hasta la cantidad de diez libras. Tendrán una prestación económica por maternidad; si trabajan percibirán una prima por dicha maternidad durante trece semanas. A la viuda se le pagará pensión de 24 chelines por retiro; si tiene más de 60 semanas, para cubrir un periodo de adaptación. Sin tiene hijos que dependan de ella, se establece un subsidio de tutoría de 24 chelines a la semana, más una cantidad adicional media de 8 chelines por cada hijo. Además, se otorgan susidios por cada hijo, después del tercero.

El Plan Beveridge, aceptado por el gobierno, se publica en dos libros blancos; en 1944 el primero, con el nombre de "Seguros Sociales, Primera Parte", Obsérvese nuevamente como en Inglaterra no se adopta en ley, programa o plan alguno el nombre de SEGURIDAD SOCIAL, utilizándose, en cambio, el correcto: SEGURO SOCIAL.

El sistema estadounidense permite la conexión de los siguientes servicios: de alimentos, a fin de evitar adulteraciones, inspección de mariscos, cumplimiento de leyes sobre drogas y medicamentos; servicios de salud pública, hospitalarios y laboratorios, actividades médicas, cuarentenas y vigilancia de fronteras, puertos y aeropuertos; los seguros sociales y la asistencia pública.

En la Ley de Seguridad Social de 1935 de los Estados Unidos de América y su aplicación en 1939, en congreso y el presidente tomaron en cuenta primordialmente los riesgos continuos de la inseguridad a la que por lo general se enfrentan las familias estadounidenses año tras años.

Consideraron a las primeras normas de la Ley de Seguridad Social como un fundamento sobre el cual, con tiempo y experiencia, se establecería un programa más amplio y más fuerte. Los primeros once años de administración de la Ley de Seguridad Social mostraron la justicia de sus objetivos, la factibilidad e atacar la inseguridad social por medio del seguro social y la asistencia pública, y la aceptación general de estas formas de ayudar

a mantener la independencia económica de las familias en los Estados Unidos. La experiencia de las actuales operaciones puso de manifiesto la necesidad y viabilidad de fortalecer y extender el programa acompañándolo de otras medidas tendientes a promover el bienestar de las familias y de la Nación.

En el mensaje que el presidente Franklin D. Roosevelt ofreció al Congreso de los Estados Unidos de América el 6 de enero de 1941. tras advertir que jamás se había visto tan seriamente amenazada la seguridad del país, decía que ningún ciudadano con visión realista podía esperar generosidad internacional de una paz impuesta por un dictador, es decir, el retorno de una verdadera independencia, el desarme mundial, la libertad de expresión o de culto y, ni siquiera, buenos negocios.

Nada hay de misterioso en los cimientos de una democracia sana y vigorosa, y lo que el pueblo espera fundamentalmente de su sistema político económico es igualdad de oportunidad para la juventud y para el resto de los integrantes de la sociedad; empleo para los que puedan trabajar; protección para quienes la necesitan concluyendo con los privilegios especiales de unos pocos; preservar las libertades cívicas de todos; gozar de los frutos del progreso de la ciencia mediante un nivel de vida cada vez más alto y, a la vez, más amplio.

Roosevelt proclamó que la economía social de su país reclamaba una mejoría inmediata que permitiera amparar a un mayor número de ciudadanos por medio de pensiones de vejez y seguros contra la desocupación; ampliar oportunidades para obtener asistencia médica adecuada e idear un sistema más apropiado mediante el cual las personas pudieran disfrutar de una ocupación adecuadamente remunerada.

Concluyó consagrando las cuatro libertades esenciales del ser humano; libertad de palabra y de expresión en todas las partes del mundo; libertad para adorar a Dios a la manera propia, en cualquier nación; libertad para subsistir -lo cual implica arreglos económicos que aseguren una vida saludable- y libertad para vivir sin temor, mediante una reducción mundial de armamentos. Ello entraña el orden moral de las democracias.

## **2.9. Panorama Internacional.**

El Seguro Social, organizado en Alemania por iniciativa del gobierno, surge de la propia política estatal en la época de Bismarck, pero inmediatamente las organizaciones de trabajadores, inspiradas en la nueva conciencia, piden que el seguro se instaure en todos los países; los socialistas,

siguen la orientación marcada por el hombre de estado que fue a su más enconado enemigo - más que adversario- en Alemania.

En el Congreso Internacional Socialista, reunió en Ámsterdam en agosto de 1904, se acordó una resolución sobre seguros sociales, que puede ser considerada como antecedente de la O. I. T.: Los trabajadores de todos los países deben exigir instituciones propias para prevenir en cuanto sea posible la enfermedad, los accidentes y la invalidez, para darles, mediante leyes de seguro obligatorio, el derecho de obtener suficientes medios de vida y de asistencia durante el tiempo en que no les sea posible aprovechar su fuerza de trabajo por razón de enfermedad, de accidente, de invalidez, de vejez, de embarazo, de maternidad o de parto.<sup>46</sup>

Los gastos de los seguros y, en primer término, los de invalidez y de vejez, así como los de viudez y orfandad, se obtendrán mediante impuestos sobre el capital, la renta y las sucesiones. Donde esto no sea posible, los gastos de seguro recaen sobre el salario del obrero e incluso aunque los patrones aporten. Es, pues, deber de los obreros reparar la pérdida de salarios reforzando sus organizaciones sindicales.

Los trabajadores deben exigir que las instituciones de seguros sean confiadas a la administración de los propios asegurados y que se concedan las mismas ventajas a todos los obreros del país y a los extranjeros que residan en él.

El Congreso francés celebrado en Lille en 1923 reclama la implantación de los seguros sociales, dejando en claro, que convendría no ilusionarse sobre la capacidad de protección de las organizaciones sindicales. A pesar de los socorros considerables que pueden distribuir, jamás desempeñarán el papel eminente del Estado, en materia de Seguro Social. Por ello el Partido Político de los Trabajadores, el Partido Socialista, formuló desde su nacimiento, una de las reivindicaciones esenciales del proletariado, al pedir que la sociedad se hiciese cargo de los ancianos y de los inválidos del trabajo. Y luego, cuando más tarde, ingresado al Parlamento, propuso por el órgano de sus elegidos, la institución de Seguros obreros más o menos extendidos. Tenemos el deber de rendir aquí homenaje a los esfuerzos perseverantes del ilustre Edouard Vaillant quien, en nombre del socialismo, presentó en diciembre de 1900 una proposición de ley encaminada al establecimiento de un sistema completo de seguros sociales”.

---

<sup>46</sup> ARCE CANO, Gustavo, Ob. Cit., pág. 48.

## 2.10. Constituciones

Es importante destacar las constituciones de los diversos países por ser consideradas las leyes fundamentales para cada país, por lo que a continuación citaremos algunas:

1. La Constitución de Alemania de 1919, estableció en el artículo 163: “Todo alemán tiene sin perjuicio de su libertad personal, el deber moral de utilizar sus fuerzas intelectuales y físicas conforme al interés de la colectividad.

En caso de que una operación conveniente no pueda serle procurada, se le deban asegurar los medios de existencia necesarios”.

2. La Constitución de Chile de 1925, artículo 1°, inciso 14, asegura a todos los habitantes “La protección al trabajo, a la industria y a las obras de previsión social, especialmente en cuanto se refiere a la habitación sana y a las condiciones económicas de la vida, en forma de proporcionar a cada habitante un mínimo de bienestar, adecuado a la satisfacción de sus necesidades personales y alas de familia. La Ley regulará esta organización”.

3. La Constitución española de 1931, en su artículo 46, segundo apartado, determinaba: “La República asegurará a todo trabajador las condiciones necesarias de una existencia digna. Su legislación social regulará los casos de seguro de enfermedad, accidente, paro forzosos, vejez, invalidez y muerte”.

4. La Constitución de Portugal de 1933, artículo 8, inciso 1°, indica: “Los derechos y garantías individuales de los ciudadanos portugueses están constituidos por lo siguiente: El derecho a la vida y a la integridad personal”.

5. La Constitución del Perú de 1935, artículo 48, afirma: “La ley establecerá un régimen de previsión de las consecuencias económicas de la desocupación, edad, enfermedad, invalidez y muerte; y fomentará las instituciones de solidaridad social, los establecimientos de ahorros y de seguros y las cooperativas”.

6. La Constitución de Uruguay de 1934, artículo 58, consigna: “Las jubilaciones generales y seguros sociales se organizarán en forma de garantizar a todos los trabajadores, patronos, empleados y obreros, retiros adecuados y subsidios para los casos de accidentes, enfermedad, invalidez, desocupación forzosa, etc., y a sus familias en caso de muerte, la pensión correspondiente. La pensión a la vejez constituye un derecho para el que llegue al límite de la edad productiva, después de la larga permanencia en el país y carezca de recursos para subvenir a sus necesidades vitales”.

7. La Constitución de Colombia de 1936, artículo 39: “La asistencia pública es función del Estado. Se deberá prestar a quienes careciendo de medios de subsistencia y de derecho para exigirla de otras personas, estén

físicamente incapacitados para trabajar. La ley determina la forma como se presta la asistencia y los casos en que deba darla directamente el Estado”.

8. La Constitución de la entonces U.R.S.S. de 1936, artículo 120, afirma: “Los ciudadanos de la U.R.S.S. tienen derecho a la asistencia económica en vejez, así como en caso de enfermedad y de pérdida de la capacidad de trabajo. Este derecho está asegurado por el amplio desarrollo del Seguro Social de los obreros y empleados a cargo de Estado, por la asistencia médica gratuita a los trabajadores y por la existencia de una extensa red de balnearios y casas de salud, puestos a disposición de los trabajadores para su disfrute”.<sup>47</sup>

Es evidente que todas y cada una de las legislaciones tuvieron su principal origen de los lineamientos contemplados en la Constitución de Alemania, en donde se plasmaron fundamentalmente el derecho a la libertad personal pero conforme al interés colectivo, que sirvieron para sustentar en diferentes estados un derecho social enfocado a la protección al trabajo, a cubrir las contingencias sociales, a establecer las condiciones necesarias para una vida decorosa; por lo que se preceptuaron garantías a fin de proteger a la colectividad con un fin de justicia social a través de la asistencia social cuyos presupuestos serían la prestación de diversos servicios a cargo de una contribución por parte de Estado.

## **2.11. Organismos Internacionales**

Se puede considerar que los organismos internacionales relacionados con la seguridad social son los siguientes:

1. En 1927 se fundó la Asociación Internacional de Seguridad Social, con 58 países de Europa, América Latina y Oriente. Conforme a lo manifestado por Leu Wildman en la novena asamblea, “sus ideas centrales se inspiran en el espíritu de armonía dentro de la diversidad de intereses, ideas y experiencias de las diferentes condiciones nacionales”. Se reconoce que el fenómeno de la inseguridad es permanente y universal; así como que la elaboración de un programa es complejo.

2. La Organización Internacional del Trabajo se reunió en conferencia general en Filadelfia del 20 de abril al 12 de mayo de 1944 y recomendó la garantía de los medios de existencia, para compensar la necesidad y prevenir la indigencia, restableciendo hasta un nivel razonable, los

---

<sup>47</sup> BRICEÑO RUIZ, Alberto, Ob. Cit., págs. 57-58.

medios perdidos por causa de incapacidad del trabajador, la vejez incluida, u obtener un empleo remunerador en caso de paro, así como procurar ayuda a la familia, en la coyuntura de muerte del que la sostenía. La garantía de los medios de existencia deber ser establecida, dentro de lo posible, sobre la base del Seguro Social obligatorio: la asistencia social deberá atender las necesidades no cubiertas por el seguro social obligatorio.

3. La Organización de las Naciones Unidas en la Declaración Universal de los derechos del Hombre del 10 de diciembre de 1948, en sus artículos 22 y 23, señala las garantías y los derechos del trabajo, la protección contra el desempleo y la seguridad social, así como la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables a la dignidad de todo miembro de la sociedad y al libre desarrollo de la personalidad.

4. La novena asamblea general de la Asociación Internacional de Seguridad Social, celebrada en Roma del 3 al 7 de octubre 1949, comprende los aspectos genéricos mas importantes de esta materia:

- a) Aplicación de medidas de protección a la madre y al hijo.
- b) Garantía de los medios de existencia por seis semanas antes y seis después del parto, para las mujeres que trabajan.
- c) Subsidios familiares adecuados al nivel de vida de las personas, tomando en cuenta las condiciones de vida de cada país.
- d) Las fuentes de financiamiento dependen de la estructura económica y social de cada país.
- e) La participación tripartita de los asegurados, patrones y poderes públicos ha prevalecido desde su origen e el financiamiento de las instituciones de seguros sociales.
- f) La A. I. S. S. debe alentar el intercambio de información sobre el financiamiento de la Seguridad Social en los diversos países y promover la elaboración estadística.

5. La Carta de Buenos Aires, promulgada por la Tercera Reunión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, en mayo de 1951, advierte que los programas de seguridad social en los países del continente americano tienen por objeto primordial la elevación del nivel de vida de sus habitantes por medio del desenvolvimiento económico, el mejoramiento de las condiciones sanitarias y el progreso de la cultura, lo que impone la necesaria coordinación de la política social con la política económica y sanitaria. Los regímenes del seguro social, de previsión y de asistencia social revisten relevante importancia para la obtención de los diferentes objetivos que plantea del moderno concepto de la seguridad social. Para la realización de los programas es menester la colaboración de todas las partes interesadas en el terreno nacional y la

cooperación entre los diferentes estados en el orden internacional. Se emitieron entonces las siguientes declaraciones:

1. Para los pueblos americanos nada debe tener mayor primacía que el procurar el bienestar del hombre, salvaguardando su libertad y dignidad.

2. La seguridad social debe organizarse por medio de un conjunto de normas jurídicas que garanticen, como función ineludible del estado, la coordinación de la política social, económica y sanitaria, a fin de procurar:

b) El equilibrio entre los principios de libertad y de solidaridad mediante la integración de los derechos individuales con los derechos sociales, con sentido justicialista, así como la formación y arraigo de una conciencia colectiva de justicia social.

c) La elevación del nivel económico de vida a partir del pleno empleo y la justa retribución, para lo cual deberán aprovecharse los recursos naturales y aumentar la producción gracias a un mayor perfeccionamiento técnico y un a mejor capacitación profesional.

d) La elevación en el nivel del salario, mediante la protección biológica integral orientada a mantener a la población en las mejores condiciones de salud y de capacidad de trabajo.

3. La acción del estado en materia de seguridad social debe fundamentarse en el derecho que tiene el hombre de ser protegido por la sociedad ante la necesidad, así como en el derecho al bienestar que se reconoce a todo trabajador como consecuencia de su participación de la formación de la riqueza nacional.

4. La unidad o pluralidad de medios para el logro del objetivo de la seguridad social deber ser decidida por cada país, de conformidad con la realidad nacional, en armonía con los principios internacionalmente aceptados.

5. Es preciso asegurar una decidida participación y colaboración de las partes interesadas, en los aspectos relacionados con la elaboración, organización y realización de los regímenes de seguridad social, así como la protección de sus derechos mediante procedimiento y garantías que aseguren su rápido y efectivo reconocimiento.

6. Debe fomentarse la más amplia cooperación entre las naciones del continente americano, a fin de facilitar la solución de aquellos problemas de seguridad social que superen sus posibilidades nacionales.



Como se pudo observar a lo largo del presente la seguridad social surgió en función de las imperiosas necesidades que sufrían los miembros de la colectividad, especialmente la clase trabajadora o con menos recursos, en este caso conocida como la clase económicamente débil, quienes se tenían que enfrentar a una serie de contingencias (enfermedad, riesgos, accidentes de trabajo, desempleo, vejez, etcétera), lo que motivo la creación de diversas instituciones enfocadas primeramente a tratar de brindar un apoyo de carácter humanitario (a través de la prestación de diversos servicios), luego a equilibrar las desigualdades y finalmente lograr el bienestar social, otorgando mejores niveles de vida a las personas pertenecientes al sector antes mencionado.

## **CAPITULO TERCERO MARCO JURIDICO DEL SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA CON EL SEGURO POPULAR**

En el presente capítulo contemplaremos los principales lineamientos reguladores de figuras jurídicas en el ámbito del derecho a la salud, contemplados en diversas legislaciones de carácter secundario que establecen las estructuras, organización y funcionamiento de las mismas, que nos permitirán en el capítulo subsecuente, poder establecer las diferencias y necesidades que existen en relación a dichas instituciones que sustentaran en su caso reconsiderar la existencia de las mismas, así como la posible implementación de sus mecanismos estructurales, para visualizar de esta manera una opción para la obtención de la impartición de mejores servicios de salud que logren cubrir las necesidades sociales que les dieron origen.

### **3.1. La Constitución de 1917**

Ahora bien, si consideramos que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es la ley suprema que rige la Nación, es indispensable que para adentrarnos al marco legal de instituciones tales como lo son el seguro de salud para la familia contemplado en la Ley del Seguro Social, y el del seguro popular que establece la Ley General de Salud, es necesario partir de la Carta Magna dado que de ella emanan tales leyes secundarias.

#### **3.1.1. El derecho a la protección de la salud contemplado en el artículo 4° de nuestra Constitución Mexicana**

Establece el derecho que tiene “toda persona 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, es decir, para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República.

#### **3.1.2. El derecho a la seguridad social contemplado en el artículo 123 de la Constitución Mexicana**

Tenemos que la Constitución establece la forma en que se organiza la seguridad social, de acuerdo a ciertas bases, las cuales se encuentran preceptuadas en el artículo 123 fracción XI, las cuales se enuncian a continuación:

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.

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 la vivienda a fin de constituir depósitos en favor de dichos trabajadores y establecer 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.

Dado lo anterior, es posible destacar que finalmente el precepto constitucional en la búsqueda de obtener una seguridad social eficaz, nos establece principios que permitan garantizar su aplicación, contemplado en el mismo la necesidad de cubrir riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, jubilación, invalidez, vejez y muerte, ramos que como se sabe cubre el Instituto Mexicano del Seguro Social dentro del denominado régimen obligatorio;

además de establecer el derecho que tienen los beneficiarios a poder recibir asistencia médica, y de poder disfrutar de establecimientos destinados a la recreación, así como del otorgamiento de una vivienda, lo que denota invariablemente que tiene como fin primordial el bienestar social.

### **3.2. El régimen voluntario de la Ley del Seguro Social que establece el Seguro de Salud para la Familia**

Tenemos que la Ley del Seguro Social como ley reglamentaria del artículo 4° constitucional, que instituye el derecho a la protección en salud que tiene toda persona, estableció dentro de sus lineamientos dos regímenes de seguridad social, el primero denominado obligatorio, cuyos ramos están enfocados a la clase trabajadora a través de una aportación tripartita por parte del Estado, patrón y trabajador que permite a este último ser derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social y por tanto, obtener una serie de prestaciones y servicios en salud, mientras que el segundo, llamado régimen voluntario dentro del cual se encuentra el seguro de salud para la familia constituye una opción primeramente para aquel trabajador que haya sido derechohabiente y haya salido del régimen obligatorio, por lo que si desea continuar gozando de una serie de servicios o prestaciones puede incorporarse al régimen voluntario, segundamente tenemos que es una posibilidad de gozar de atención en salud para aquellos que no sean derechohabientes de ninguna institución en salud.

#### **3.2.1. El régimen voluntario de la Ley del Seguro Social que establece el Seguro de Salud para la Familia**

La ley del seguro social establece que todas las familias en México tienen derecho a un seguro de salud para sus miembros y para ese efecto, podrán celebrar con el Instituto Mexicano del Seguro Social convenio para el otorgamiento de las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad, en los términos del reglamento respectivo.

Nos precisa además quienes son los sujetos amparados por dicho seguro, que son los siguientes (artículo 84 de la Ley del Seguro Social):

- I. El asegurado;
- II. El pensionado por:
  - a) Incapacidad permanente total o parcial;
  - b) Invalidez;

c) Cesantía en edad avanzada y vejez, y

d) Viudez, orfandad o ascendencia;

III. La esposa del asegurado o, a falta de ésta, la mujer con quien ha hecho vida marital durante los cinco años anteriores a la enfermedad, o con la que haya procreado hijos, siempre que ambos permanezcan libres de matrimonio. Si el asegurado tiene varias concubinas ninguna de ellas tendrá derecho a la protección.

Del mismo derecho gozará el esposo de la asegurada o, a falta de éste el concubinario, siempre que hubiera dependido económicamente de la asegurada, y reúnan, en su caso, los requisitos del párrafo anterior;

IV. La esposa del pensionado en los términos de los incisos a), b) y c) de la fracción II, a falta de esposa, la concubina si se reúnen los requisitos de la fracción III;

Del mismo derecho gozará el esposo de la pensionada o a falta de éste el concubinario, si reúne los requisitos de la fracción III;

V. Los hijos menores de dieciséis años del asegurado y de los pensionados, en los términos consignados en las fracciones anteriores;

VI. Los hijos del asegurado cuando no puedan mantenerse por su propio trabajo debido a una enfermedad crónica, defecto físico o psíquico, hasta en tanto no desaparezca la incapacidad que padecen o hasta la edad de veinticinco años cuando realicen estudios en planteles del sistema educativo nacional;

VII. Los hijos mayores de dieciséis años de los pensionados por invalidez, cesantía en edad avanzada y vejez, que se encuentren disfrutando de asignaciones familiares, así como los de los pensionados por incapacidad permanente, en los mismos casos y condiciones establecidos en el artículo 136;

VIII. El padre y la madre del asegurado que vivan en el hogar de éste, y

IX. El padre y la madre del pensionado en los términos de los incisos a), b) y c) de la fracción II, si reúnen el requisito de convivencia señalado en la fracción VIII.

Los sujetos comprendidos en las fracciones III a IX, inclusive, tendrán derecho a las prestaciones respectivas si reúnen además los requisitos siguientes:

a) Que dependan económicamente del asegurado o pensionado, y

b) Que el asegurado tenga derecho a las prestaciones consignadas para las enfermedades no profesionales, dentro del cual se contemplan la asistencia médica quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo de cincuenta y dos semanas.

Ahora bien, todos los sujetos que voluntariamente se incorporen al seguro de salud para la familia, incluidos los familiares a que se hizo referencia en los párrafos anteriores y cualquier familiar adicional pagarán anualmente la cuota establecida correspondiente, clasificándose por el grupo de edad a que pertenezcan. Las cuotas serán calculadas de acuerdo a la siguiente tabla, la cual será actualizada en febrero de cada año de acuerdo al incremento en el Índice Nacional de Precios al Consumidor del año calendario anterior.

| Edad del miembro de la familia en años cumplidos | Cuota total en moneda nacional por miembro del grupo de edad señalado |
|--|---|
| 0 a 19   | 889   |
| 20 a 39  | 1,039   |
| 40 a 59  | 1,553   |
| 60 o más   | 2,337   |

Además, el Estado contribuye por familia, independientemente del tamaño de la familia, de acuerdo a lo preceptuado por el artículo 106 de la citada legislación, con un 13.9 % de un salario mínimo vigente en el Distrito Federal, el cual se actualizará trimestralmente de acuerdo al Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Dicho Instituto, puede celebrar este tipo de convenios, en forma individual o colectiva con trabajadores mexicanos que se encuentren laborando en el extranjero, a fin de que se proteja a sus familiares residentes en el territorio nacional y a ellos mismos cuando se ubiquen en éste. Estos asegurados cubrirán íntegramente la ya citada prima.

Tal seguro se organizará en sección especial, con contabilidad y administración de fondos separadas de la correspondiente al seguro obligatorio, en las cifras consolidadas.

El Instituto también elabora un informe financiero y actuarial de los seguros de salud para la familia, en los términos y plazos fijados para la formulación del correspondiente a los seguros obligatorios.

Este podrá contratar seguros adicionales para satisfacer las prestaciones económicas pactadas en los contratos Ley o en los contratos colectivos de trabajo que fueran superiores a las de la misma naturaleza que establece el régimen obligatorio del Seguro Social.

Ahora bien, las condiciones superiores de las prestaciones pactadas sobre las cuales pueden versar los convenios, son: aumentos de las cuantías; disminución de la edad mínima para su disfrute; modificación del salario promedio base del cálculo y en general todas aquellas que se traduzcan en coberturas y prestaciones superiores a las legales o en mejores condiciones de disfrute de las mismas.

Las prestaciones económicas, corresponderán a los ramos de los seguros de riesgo de trabajo y de invalidez y vida así como retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.

Por una parte, la prima, cuota, períodos de pago y demás modalidades en la contratación de los seguros adicionales, serán convenidos por el Instituto con base en las características de los riesgos y de las prestaciones protegidas, así como en las valuaciones actuariales de los contratos correspondientes.

Por otra, las bases de la contratación de los seguros adicionales se revisarán cada vez que las prestaciones sean modificadas por los contratos de trabajo, si pueden afectar las referidas bases, a fin de que el Instituto con apoyo en la valuación actuarial de las modificaciones, fije el monto de las nuevas primas y demás modalidades pertinentes.

El Instituto previo acuerdo de su Consejo Técnico, tiene la facultad de otorgar coberturas de seguros de vida y otras, exclusivamente a favor de las personas, grupos o núcleos de población de menores ingresos, que determine el Gobierno Federal, como sujetos de solidaridad social con las sumas aseguradas, y condiciones que este último establezca.

Asimismo, puede utilizar su infraestructura y servicios, a requerimiento del Gobierno Federal, en apoyo de programas de combate a la marginación (IMSS-Oportunidades) y la pobreza considerados en el Presupuesto de Egresos de la Federación. Para tal efecto, el Gobierno Federal proveerá oportunamente al Instituto los recursos financieros necesarios con cargo al programa y partida correspondientes para solventar los servicios que le encomiende.

Para tales efectos, el Gobierno Federal deberá otorgar al Instituto los subsidios y transferencias que correspondan al importe de las primas relativas a tales seguros y otras coberturas.

### **3.2.2. El Seguro de Salud para la familia en el Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de afiliación, clasificación de empresas, recaudación y fiscalización**

Tenemos que se podrán incorporar al Seguro de Salud para la Familia, todas aquellas personas que no sean sujetas a un régimen obligatorio en algún sistema de seguridad social. Para efectos de este seguro, además del sujeto de aseguramiento, deberá asegurarse cuando menos una de las personas a que se refieren las fracciones III a IX del artículo 84 de la Ley del IMSS, sin considerar los requisitos de convivencia, dependencia económica y comprobación de estudios, o un familiar adicional.

Se considerarán como familiares adicionales, los abuelos, nietos, hermanos, primos, hijos de los hermanos y hermanos de los padres del sujeto de aseguramiento.

Para los efectos del párrafo anterior a los familiares adicionales se les considerará como parte de la familia del sujeto de aseguramiento.

El Instituto podrá incorporar al régimen del Seguro de Salud para la Familia, en condiciones iguales a las de los familiares adicionales, a una sola persona, cuando ésta manifiesta bajo protesta de decir verdad que carece de familia, sin que opere para ello lo establecido en el último párrafo del artículo 242 de la Ley del Seguro Social, en el que nos habla del otorgamiento de una cuota de acuerdo al esquema de edad, así como de un porcentaje adicional equivalente al 65% del mismo, así como de la cuota estatal del 13.9%.

Los sujetos de aseguramiento señalados con anterioridad, se someterán a los exámenes y estudios que el Instituto determine para constatar su estado de salud.

En todos los casos y previamente al aseguramiento, los sujetos de aseguramiento y sus familiares deberán llenar y firmar individualmente el cuestionario médico que para tal efecto les será proporcionado por el Instituto, a excepción de los casos en que el sujeto de aseguramiento labore en el extranjero, en cuyo caso se llenará un cuestionario médico familiar.

Tratándose de menores de edad o, en su caso, de incapacitados, el llenado y firma del cuestionario estará a cargo de quien ejerza la patria potestad o la tutela.



La incorporación al Seguro de Salud para la Familia podrá efectuarse en forma individual o colectiva, a solicitud expresa de los interesados, en los términos siguientes:

I. La individual se formalizará a través de los formatos impresos que para este propósito establezca el Instituto, mismos que surtirán los efectos de un convenio, debiendo ser suscritos por el propio interesado, y

II. La colectiva se formalizará, previa solicitud, mediante la celebración de un convenio, el cual deberá ser suscrito por el Instituto y el representante legal de la persona moral que se obliga al pago de las cuotas de los sujetos de aseguramiento, y comprenderá un mínimo de cincuenta personas.

La incorporación de los sujetos a que hace referencia el Reglamento, podrá realizarse en cualquier día hábil del año, pagando en forma anticipada la cuota correspondiente.

El convenio para la incorporación colectiva deberá contener, al menos, lo siguiente:

I. Sujetos de aseguramiento;

II. Denominación o razón social de la persona moral, quien estará obligada al pago correspondiente;

III. Prestaciones y reglas relativas a su otorgamiento;

IV. Procedimientos de incorporación colectiva y pago de cuotas;

V. Causas de terminación del convenio, y

VI. Sanciones por incumplimiento.

El inicio de los servicios tanto para las incorporaciones individuales como para las colectivas, será a partir del día primero del mes calendario siguiente al de la incorporación.

Tratándose de incorporaciones colectivas, la primera inscripción deberá efectuarse dentro de los treinta días naturales posteriores a la firma del convenio. Si dentro de este plazo no fueran recibidos por el Instituto los avisos de inscripción del número mínimo de sujetos de aseguramiento o fueran presentados extemporáneamente, el convenio no surtirá efecto legal alguno. Las inscripciones recibidas podrán ser tramitadas por el Instituto bajo los supuestos y términos que se señalan para la incorporación individual, con el consentimiento previo de los interesados.

Los hijos nacidos durante la vigencia del aseguramiento de la madre, tendrán derecho a recibir la atención médica, únicamente durante los treinta días naturales posteriores a la fecha de su nacimiento.

Si los hijos a que se refiere el párrafo anterior, son inscritos en el Seguro de Salud para la Familia dentro de los noventa días naturales siguientes a la fecha de su nacimiento, no les serán aplicables las disposiciones de los artículos 81, 82 y 83 de este Reglamento, es decir las relativas al llenado previos de un cuestionario médico, así como de brindar atención a personas que cuenten con enfermedades contraídas tiempo atrás de carácter crónico en estado avanzado, y por tanto, la negativa de las prestaciones en especie durante el tiempo, padecimientos y tratamientos especificados en el mismo.

La renovación del aseguramiento deberá efectuarse dentro de los treinta días naturales anteriores a la fecha del vencimiento del mismo.

Tratándose de renovaciones colectivas, el representante deberá, dentro de los primeros cinco días hábiles del mes en que deba hacerse la renovación, manifestar por escrito la voluntad de continuar con el aseguramiento indicando quiénes serán los asegurados, aportando todos los datos necesarios para que el Instituto efectúe el cálculo de las cuotas a enterar, en cuyo caso, el Instituto comunicará el importe a pagar, en un plazo de diez días hábiles, contado a partir de la fecha de presentación de la solicitud.

En caso de no manifestar la voluntad de continuar con el aseguramiento dentro del plazo señalado en el párrafo anterior, el cálculo de las cuotas a enterar deberá ser efectuado por el representante.

El Instituto autorizará la renovación extemporánea del aseguramiento, dentro de un plazo de cuarenta y cinco días hábiles posteriores al vencimiento, cuando el asegurado hubiera adquirido alguna enfermedad durante el periodo de aseguramiento y requiera continuidad en su atención médica.

De no realizarse la renovación en los plazos anteriores, la subsecuente inscripción se considerará como inicial para todos los efectos legales.

A las personas que el representante incorpore por primera vez al aseguramiento colectivo se les aplicarán las disposiciones de los artículos 81, 82 y 83 de tal Reglamento, salvo que dichas personas hubieren estado incorporadas en el Seguro de Salud para la Familia en forma individual o en el régimen obligatorio.

En la incorporación individual, no se aplicarán las disposiciones de los artículos 81, 82 y 83 del citado Reglamento en los casos en que las personas hubieran estado inscritas en el régimen obligatorio o incorporadas en el Seguro

de Salud para la Familia en forma colectiva, siempre y cuando la incorporación la realicen dentro de los cuarenta y cinco días hábiles posteriores a la baja de alguno de estos regímenes.

El Instituto proporcionará las prestaciones en especie a que se refiere este seguro, conforme a las disposiciones legales y reglamentarias que rijan el otorgamiento de los servicios médicos en el régimen obligatorio del seguro social.

Independientemente del lugar donde se realice la incorporación al Seguro de Salud para la Familia, el asegurado mexicano que labore en el extranjero, podrá solicitar los servicios médicos institucionales en cualquier unidad médica del país.

El aseguramiento terminará por vencimiento del periodo convenido si no se renueva en los términos señalados en los párrafos siguientes.

Podrá darse por terminado anticipadamente el aseguramiento sin responsabilidad para el Instituto, cuando:

I. Cualquiera de los sujetos a que se refiere este seguro permita o propicie el uso indebido del documento que compruebe la calidad de asegurado. En el caso de que el asegurado sea menor de edad o incapacitado, quien ejerza la patria potestad o la tutela será el responsable solidario, y

II. Se presente alguna de las enfermedades señaladas como preexistentes, dentro del primer año de vigencia del aseguramiento, y no hubiera sido declarada por el asegurado al momento de llenar el cuestionario respectivo, o por quien ejerza la patria potestad o la tutela, en el caso del menor de edad o incapacitado.

En el caso de las fracciones anteriores, el Instituto cobrará a los sujetos a que se refiere este seguro, o a la persona que sin derecho haya recibido la atención médica, el costo total por los servicios prestados.

En ningún caso de terminación anticipada del periodo de aseguramiento cubierto en el Seguro de Salud para la Familia, el Instituto hará devolución total o parcial del pago realizado.

### **3.3. La Ley General de Salud de 1984**

La Ley General de Salud como ya se ha dicho es la ley reglamentaria del artículo 4° de la Carta Magna por lo que en ella se establecen los

principales dispositivos relativos al sistema de protección en salud, dado que su finalidad es garantizar al derecho a la salud que tiene toda persona.

### **3.3.1. El Sistema de Protección Social en salud previsto en el título III bis de la Ley General de Salud**

Es claro que dicho sistema fue creado con la única función de garantizar el derecho a la salud consagrado en nuestra Constitución, ya que pretende otorgar un servicio a la población, estableciendo una serie de aportaciones mínimas apoyadas principalmente bajo el respaldo estatal en búsqueda de un beneficio social. Por ello, en lo posterior veremos como esta estructurado e integrado dicho sistema, para así finalmente poder verter una opinión al respecto, que nos lleve a establecer cual es realmente el beneficio del mismo y del porque de su aplicación y justificación.

### **3.3.2. Disposiciones Generales**

La legislación es clara, al establecer que todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.

La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.

Se entiende por Sistema de Protección Social en Salud a las acciones que en esta materia provean los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

La Secretaría de Salud coordinará las acciones de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, los cuales contarán con la participación subsidiaria y coordinada de la Federación.

Se entenderá por Regímenes Estatales, a las acciones de protección social en salud de los Estados de la República y del Distrito Federal.

Las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, se incorporarán al Sistema de Protección Social en Salud que les corresponda en razón de su domicilio, con lo cual gozarán de las acciones de protección en salud que establece la legislación aplicable.

La unidad de protección será el núcleo familiar, la cual para efectos de esta Ley se puede integrar de cualquiera de las siguientes maneras:

I. Por los cónyuges;

II. Por la concubina y el concubinario;

III. Por el padre y/o la madre no unidos en vínculo matrimonial o concubinato, y

IV. Por otros supuestos de titulares y sus beneficiarios que el Consejo de Salubridad General determine con base en el grado de dependencia y convivencia que justifiquen su asimilación transitoria o permanente a un núcleo familiar.

Se considerarán integrantes del núcleo familiar a los hijos y adoptados menores de dieciocho años; a los menores de dicha edad que formen parte del hogar y tengan parentesco de consanguinidad con las personas señaladas en las fracciones I a III que anteceden; y a los ascendientes directos en línea recta de éstos, mayores de sesenta y cuatro años, que habiten en la misma vivienda y dependan económicamente de ellos, además de los hijos que tengan hasta veinticinco años, solteros, que prueben ser estudiantes, o bien, discapacitados dependientes.

A las personas de dieciocho años o más se les aplicarán los mismos criterios y políticas que al núcleo familiar.

El núcleo familiar será representado por cualquiera de las personas que integren la unidad de protección como en este caso serían los cónyuges, los concubinos, o el padre y/o madre no unidos mediante el vínculo matrimonial o concubinato.

La competencia entre la Federación y las entidades federativas en la ejecución de las acciones de protección social en salud respecto a los puntos que dieran origen a la creación del presente son:

A) Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud:

II. Proveer servicios de salud de alta especialidad a través de los establecimientos públicos de carácter federal creados para el efecto;

XII. Establecer la forma y términos de los convenios que suscriban los estados y el Distrito Federal entre sí y con las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios;

XIV. Tutelar los derechos de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud;

XV. Definir los requerimientos mínimos para la acreditación de los centros públicos prestadores de los servicios inscritos en el Sistema de Protección Social en Salud;

XVI. Definir las bases para la compensación económica entre entidades federativas, el Distrito Federal, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud por concepto de prestación de servicios de salud, y

XVII. Evaluar el desempeño de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud y coadyuvar en la fiscalización de los fondos que los sustenten, incluyendo aquellos destinados al mantenimiento y desarrollo de infraestructura y equipamiento.

B) Corresponde a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal, dentro de sus respectivas circunscripciones territoriales:

I. Proveer los servicios de salud en los términos de este Título, disponiendo de la capacidad de insumos y el suministro de medicamentos necesarios para su oferta oportuna y de calidad;

IV. Programar, de los recursos a que se refiere el Capítulo III de este Título, aquellos que sean necesarios para el mantenimiento, desarrollo de infraestructura y equipamiento conforme a las prioridades que se determinen en cada entidad federativa, en congruencia con el plan maestro que se elabore a nivel nacional por la Secretaría de Salud;

VII. Adoptar esquemas de operación que mejoren la atención, modernicen la administración de servicios y registros clínicos, alienten la certificación de su personal y promuevan la certificación de establecimientos de atención médica; para tal efecto podrán celebrar convenios entre sí y con

instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios, en términos de las disposiciones y lineamientos aplicables;

Queda en claro, que es competencia de la Federación y entidades federativas en ejecución del sistema de protección en salud, proveer servicios de alta especialidad a través de establecimientos públicos creados para tal efecto, lo que obviamente va de la mano con nuestra propuesta de optimizar los servicios de especialidad para la atención de enfermedades crónicas y/o cualquier otra enfermedad que requiera atención médica especializada y que se traduzca en tratamiento y medicamento constante, lo que como veremos más adelante implicaría una ampliación en sus cuadros y catálogos básicos, dado que como sabemos la atención se basa en razón a dichos cuadros, mismos que a la par constituyen una restricción al servicios prestado, si recordamos que todo lo que no se encuentra dentro de los mismos, no estará sujeto a atención médica, lo que deja a aquellas personas afiliadas al seguro popular en total desamparo.

Asimismo, como competencia de los estados de la República para la aplicación del sistema de protección social en salud, les corresponde programar los recursos necesarios para el mantenimiento y desarrollo de infraestructura en congruencia con el Plan Maestro, del cual hablaremos detalladamente más adelante, así como de adoptar esquemas de operación que mejoren la atención médica, promoviendo la certificación de establecimientos médicos a través de la celebración de convenios con instituciones públicas con la finalidad de utilizar sus instalaciones y compartir la prestación de servicios.

### **3.3.3. De los Beneficios de la Protección Social en Salud**

De los beneficios de la protección social en salud gozarán las familias cuyos miembros en lo individual satisfagan los siguientes requisitos:

- I. Ser residentes en el territorio nacional;
- II. No ser derechohabientes de la seguridad social;
- III. Contar con Clave Única de Registro de Población;
- IV. Cubrir las cuotas familiares, y
- V. Cumplir con las obligaciones estipuladas.

Además serán considerados como beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud a las personas a que se refieren los artículos 77 Bis 3 y 77 Bis 4 de la Ley General de Salud, que al efecto establecen quienes son las personas que podrán ser aseguradas y quienes son las personas que en su caso pueden integrar el núcleo familiar.

La Secretaría de Salud establece los requerimientos mínimos que sirven de base para la atención de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, para de esta manera incrementar la calidad de los servicios, por lo que tales requerimientos garantizarán que los prestadores de servicios cumplan con sus obligaciones.

De igual manera la Secretaría de Salud, los estados y el Distrito Federal, promoverán acciones necesarias para que las unidades médicas de las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, que se incorporen al Sistema de Protección Social en Salud provean como mínimo los servicios de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, de acuerdo al nivel de atención, y acrediten previamente su calidad.

La acreditación de la calidad de los servicios prestados deberá considerar, al menos, los aspectos siguientes:

I. Prestaciones orientadas a la prevención y el fomento del autocuidado de la salud;

II. Aplicación de exámenes preventivos;

III. Programación de citas para consultas;

IV. Atención personalizada;

V. Integración de expedientes clínicos;

VI. Continuidad de cuidados mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia;

VII. Prescripción y surtimiento de medicamentos, y

VIII. Información al usuario sobre diagnóstico y pronóstico, así como del otorgamiento de orientación terapéutica.

Dichos regímenes Estatales de Protección Social en Salud también proveerán de manera integral los servicios de salud y los medicamentos



asociados, sin exigir cuotas distintas a las que se establezcan como cuotas familiares de acuerdo al décil de ingreso en el que se localice a la persona según el estudio socioeconómico que se le practica al solicitar su ingreso al Seguro Popular, siempre y que los beneficiarios cumplan con sus obligaciones.

Con la finalidad de fortalecer el mantenimiento y desarrollo de infraestructura en salud, los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, a partir de las transferencias que reciban, deberán destinar los recursos necesarios para la inversión en infraestructura médica, de conformidad con el plan maestro que para el efecto elabore la Secretaría de Salud.

### **3.3.4. De las Aportaciones para el Sistema de Protección Social en Salud**

El Sistema de Protección Social en Salud será financiado de manera solidaria por la Federación, los estados, el Distrito Federal y los beneficiarios.

Tenemos que el Gobierno Federal cubrirá anualmente una cuota social por cada familia beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud equivalente a quince por ciento de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal. La cantidad resultante se actualizará trimestralmente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Esta aportación se hará efectiva a los estados y al Distrito Federal que cumplan efectuar aportaciones solidarias por familia beneficiaria conforme a los siguientes criterios:

I. La aportación estatal mínima por familia será equivalente a la mitad de la cuota social, que como se ha citado es del 15% del salario mínimo vigente en el Distrito Federal.

II. La aportación solidaria por parte del Gobierno Federal se realizará mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona. Dicha aportación deberá representar al menos una y media veces el monto de la cuota social.

La fórmula a que se ha hecho referencia incorporará además criterios compensatorios con base en el perfil de las necesidades de salud, la aportación económica estatal y el desempeño de los servicios estatales de salud.

La Secretaría de Salud definirá las variables que serán utilizadas para establecer cada uno de los criterios compensatorios y determinará el peso que tendrá cada uno de ellos en la asignación por fórmula. Asimismo, proporcionará la información de las variables utilizadas para el cálculo.

Los términos bajo los cuales se hará efectiva la concurrencia del Gobierno Federal y estatal para cubrir la aportación solidaria se establecerán en los acuerdos de coordinación.

Cualquier aportación adicional a la ya mencionada de los gobiernos de los estados y el Distrito Federal para las acciones de protección social en salud, se canalizará directamente a través de las estructuras de los servicios estatales de salud.

Además que el Gobierno Federal transferirá a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal los recursos que por concepto de cuota social y de aportación solidaria le correspondan, con base en los padrones de familias incorporadas, que no gocen de los beneficios de las instituciones de seguridad social, validados por la Secretaría de Salud.

Los recursos de carácter federal, que se transfieran a los estados y al Distrito Federal no serán embargables, ni los gobiernos de los estados podrán, bajo ninguna circunstancia, gravarlos, afectarlos en garantía, ni destinarlos a fines distintos a los expresamente previstos en el mismo.

Tales recursos se administrarán y ejercerán por los gobiernos de los estados y el Distrito Federal conforme a sus propias leyes y con base en los acuerdos de coordinación que se celebren para el efecto. Los gobiernos de los estados deberán registrar estos recursos como ingresos propios destinados específicamente a los fines de dicho sistema.

Respecto a la cuota social y de las aportaciones solidarias de las que ya se ha hecho mención, la Secretaría de Salud se encargará de canalizar anualmente el 8% de dichos recursos al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, del que se hará referencia más adelante.

De la cuota social y de las aportaciones solidarias (artículos 77 Bis 12 y 77 Bis 13 Ley General en Salud), la Secretaría de Salud canalizará además anualmente el 3% de dichos recursos para la constitución de una previsión presupuestal anual, aplicando dos terceras partes para atender las necesidades de infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en los estados con mayor marginación social, y una tercera parte para atender las diferencias imprevistas en la demanda de servicios durante cada ejercicio fiscal, así como la garantía del pago por la prestación interestatal de servicios.

Con cargo a dicha previsión presupuestal, que será administrada por la Secretaría de Salud, se realizarán transferencias a los estados conforme a las reglas que fije el Ejecutivo Federal mediante disposiciones reglamentarias.

Al término de cada ejercicio la Secretaría de Salud rendirá al Congreso de la Unión un informe pormenorizado sobre la utilización y aplicación de los recursos del fondo al que se refiere el presente artículo.

### **3.3.5. Del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad**

Tenemos que el Gobierno Federal establecerá un Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, mediante el cual aportará recursos que serán ejercidos por los estados y el Distrito Federal para llevar a cabo las acciones relativas a las funciones de rectoría y la prestación de servicios de salud a la comunidad, conforme a los objetivos estratégicos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud, el cual se estudiara con posterioridad, y de conformidad con los acuerdos de coordinación que para el efecto se suscriban.

Ahora bien, la Secretaría de Salud determinará el monto anual de este fondo así como la distribución del mismo con base en la fórmula establecida para tal efecto en las disposiciones reglamentarias de la Ley General en Salud. Dicha fórmula deberá tomar en cuenta la población total de cada estado y un factor de ajuste por necesidades de salud asociadas a riesgos sanitarios y a otros factores relacionados con la prestación de servicios de salud a la comunidad.

Por tanto, dicha Secretaría definirá las variables que serán utilizadas en la fórmula de distribución de los recursos del fondo y proporcionará la información utilizada para el cálculo, así como de la utilización de los mismos, al Congreso de la Unión.

### **3.3.6. De las Cuotas Familiares**

Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud participarán en su financiamiento con cuotas familiares que serán anticipadas, anuales y progresivas, que se determinarán con base en las condiciones socioeconómicas de cada familia, las cuales deberán cubrirse en la forma y fechas que determine la Secretaría de Salud, salvo cuando exista la incapacidad de la familia a cubrir la cuota, lo cual no le impedirá incorporarse y ser sujeto de los beneficios que se deriven del Sistema de Protección Social en Salud.

Las disposiciones reglamentarias establecerán los lineamientos para los casos en que por las características socioeconómicas de los beneficiarios éstos no aportarán cuotas familiares.

Tales cuotas familiares serán destinadas específicamente al abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud que sean necesarios para el Sistema de Protección Social en Salud.

Dichas cuotas, serán recibidas, administradas y ejercidas por los Servicios Estatales de Salud, a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, conforme a lo dispuesto por el artículo 77 Bis 22 de la Ley General de Salud.

Así tenemos, que los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud deberán presentar a la Secretaría de Salud, conforme a los lineamientos que la misma establezca, los informes que sean necesarios respecto del destino y manejo de las cuotas familiares.

Ahora bien, para la determinación de las cuotas familiares se tomarán en cuenta las condiciones socioeconómicas de los beneficiarios, mediante la aplicación de un instrumento estandarizado fijado a nivel nacional por la Secretaría de Salud, el cual permitirá ubicarlos en el estrato adecuado.

Los niveles de las cuotas familiares podrán ser revisados anualmente tomando como base la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor.

El nivel de ingreso o la carencia de éste, por ningún motivo podrán ser limitantes para el acceso al Sistema de Protección Social en Salud.

Las cuotas familiares no serán objeto de devolución bajo ninguna circunstancia, ni podrán aplicarse a años subsecuentes en el caso de suspensión temporal de los beneficios de la protección social en salud, todo bajo el principio de solidaridad social,

Con el objeto de favorecer el uso responsable de los servicios de salud, el Consejo de Salubridad General establece, mediante reglas de carácter general, un esquema de cuotas reguladoras para algunos servicios en razón de la frecuencia en su uso o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados. En dichas reglas se considerará la posibilidad de que aquellos beneficiarios cuya condición socioeconómica así lo justifique, no cubran las cuotas a que se hecho mención.

### **3.3.7. Del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos**

Se consideran gastos catastróficos los que se derivan de aquellos tratamientos y medicamentos asociados, definidos por el Consejo de Salubridad General, que satisfagan las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, con criterios explícitos de carácter clínico y epidemiológico, seleccionadas con base en su seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social, que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren.

Con el objetivo de apoyar el financiamiento de la atención principalmente de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud que sufran enfermedades de alto costo de las que provocan gastos catastróficos, se constituirá y administrará por la Federación un fondo de reserva, sin límites de anualidad presupuestal, con reglas de operación definidas por la Secretaría de Salud.

Con el objetivo de fortalecer la infraestructura médica de alta especialidad y su acceso o disponibilidad regional, la Secretaría de Salud, mediante un estudio técnico, determinará aquellas unidades médicas de las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, que por sus características y ubicación puedan convertirse en centros regionales de alta especialidad o la construcción con recursos públicos de nueva infraestructura con el mismo propósito, que provean sus servicios en las zonas que determine la propia dependencia.

Para la determinación a que se refiere el párrafo anterior, la Secretaría de Salud tomará en cuenta los patrones observados de referencia y contrarreferencia, así como la información que sobre las necesidades de atención de alta especialidad le reporten de manera anual los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud o a través de los sistemas de información básica que otorguen los servicios estatales de salud.

Los centros regionales son los encargados de recibir recursos del fondo de conformidad con los lineamientos que establezca la Secretaría de Salud, en las que se incluirán pautas para operar un sistema de compensación y los elementos necesarios que permitan precisar la forma de sufragar las intervenciones que provean los centros regionales.

Con la finalidad de racionalizar la inversión en infraestructura de instalaciones médicas de alta especialidad y garantizar la disponibilidad de recursos para la operación sustentable de los servicios, la Secretaría de Salud emitirá un plan maestro al cual se sujetarán los servicios estatales de salud y los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

No se considerarán elegibles para la participación en los recursos de las instalaciones médicas de alta especialidad que no cuenten con el certificado que para el efecto expida la Secretaría de Salud, en congruencia con el plan maestro a que se refiere el párrafo anterior.

Como podemos ver, con la finalidad de fortalecer la infraestructura médica de alta especialidad la Secretaría de Salud, a través de un estudio completo establecerá y determinará la ocupación de instalaciones de instituciones públicas o la creación de nueva infraestructura, lo que a nuestro parecer constituye un elemento indispensable para la perfecta aplicación del sistema de protección social en salud, de atender a las necesidades de la población afiliada al seguro popular, de considerar que las dependencias en sector salud ya existentes cuentan ya con población y sumar la de los afiliados al seguro popular ocasiona una falta de abastecimiento en cuanto a personal, atención y medicamentos, por lo que es importante la implementación de establecimientos propios que brinden los servicios de alta especialidad aplicables al sistema de protección social en salud.

### **3.3.8. De la Transparencia, Control y Supervisión del Manejo de los Recursos del Sistema de Protección Social en Salud**

Tomando en consideración el financiamiento solidario del Sistema de Protección Social en Salud, la Federación, los estados y el Distrito Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias, pueden disponer de lo necesario para transparentar su gestión de conformidad con las normas aplicables en materia de acceso y transparencia a la información pública gubernamental.

Para estos efectos, tanto la Federación como los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, a través de los servicios estatales de salud, difundirán toda la información que tengan disponible respecto de universos, coberturas, servicios ofrecidos, así como del manejo financiero del Sistema de Protección Social en Salud, entre otros aspectos, con la finalidad de favorecer la rendición de cuentas a los ciudadanos, de manera que puedan valorar el desempeño del Sistema.

Asimismo, los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud dispondrán lo necesario para recibir y evaluar las propuestas que le formulen los beneficiarios respecto de los recursos que éstos aporten y tendrán la obligación de difundir, con toda oportunidad, la información que sea necesaria respecto del manejo de los recursos correspondientes.

La Secretaría de Salud presentará al Congreso de la Unión un informe semestral pormenorizado de las acciones que se desarrollen.

Como se puede observar, tanto las entidades federativas y Federación tienen la obligación de rendir un informe sobre el manejo de los recursos destinados al sistema de protección social en salud, para dar cumplimiento a lo previsto en la Ley de Acceso y Transparencia a la Información Pública.

### **3.3.9. Del Consejo Nacional de Protección Social en Salud**

Lo constituye el Consejo Nacional de Protección Social en Salud como órgano colegiado consultivo de las acciones del Sistema de Protección Social en Salud.

Estando dicho Consejo integrado por titulares de la Secretarías de Salud, quien lo preside y tiene voto de calidad, de Desarrollo Social y de Hacienda y Crédito Público; por los titulares del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; por el Secretario del Consejo de Salubridad General; y por los titulares de los servicios estatales de salud de cinco entidades federativas, participantes en el Sistema de Protección Social en Salud y que representan a las distintas regiones del país, a invitación del Secretario de Salud, cuya participación se rotará conforme lo disponga el reglamento de operación de este Consejo. Asimismo, se invitará a las sesiones del Consejo a un representante del Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Secretaría de Salud.

Dicho Órgano Colegiado ejercerá las atribuciones que le otorgue su reglamento interior, que será expedido por el Titular del Ejecutivo Federal, en el cual establecerá, asimismo, las reglas para su organización y funcionamiento.

El Sistema de Protección Social en Salud además cuenta con una Comisión Nacional, como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con la estructura y funciones que le asigne su reglamento interno. El titular de la Comisión Nacional es designado por el Presidente de la República a propuesta del Secretario de Salud tras haber recogido las opiniones de los miembros del Consejo dispondrá para su operación de los recursos que le asigne la Federación.

### **3.3.10. Derechos y Obligaciones de los Beneficiarios**

Los beneficiarios de tal Sistema tienen derecho a recibir bajo ningún tipo de discriminación los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos, en las unidades médicas de la administración pública, tanto federal como local, acreditados de su elección de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

Además dichos beneficiarios tienen los siguientes derechos:

- I. Recibir servicios integrales de salud;
- II. Acceso igualitario a la atención;
- III. Trato digno, respetuoso y atención de calidad;
- IV. Recibir los medicamentos que sean necesarios y que correspondan a los servicios de salud;
- V. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen;
- VI. Conocer el informe anual de gestión del Sistema de Protección Social en Salud;
- VII. Contar con su expediente clínico;
- VIII. Decidir libremente sobre su atención;
- IX. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos;
- X. Ser tratado con confidencialidad;
- XI. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión;
- XII. Recibir atención médica en urgencias;
- XIII. Recibir información sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios de atención médica;
- XIV. No cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que reciban;
- XV. Presentar quejas ante los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud o ante los servicios estatales de salud, por la falta o inadecuada prestación de servicios, así como recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que se atenderán las quejas y consultas, y
- XVI. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.



Los beneficiarios tienen las siguientes obligaciones:

I. Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades;

II. Hacer uso de la credencial que los acredite como beneficiarios como documento de naturaleza personal e intransferible y presentarla siempre que se requieran servicios de salud;

III. Informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y servicios de atención médica;

IV. Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes, necesidades y problemas de salud;

V. Cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse;

VI. Informarse acerca de los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen, así como de los procedimientos de consultas y quejas;

VII. Cubrir oportunamente las cuotas familiares y reguladoras que, en su caso, se le fijen;

VIII. Dar un trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de los servicios de salud, así como a los otros usuarios y sus acompañantes;

IX. Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud y colaborar en su mantenimiento;

X. Hacer uso responsable de los servicios de salud, y

XI. Proporcionar de manera fidedigna la información necesaria para documentar su incorporación al Sistema de Protección Social en Salud y para la definición del monto a pagar por concepto de cuota familiar.

### **3.3.11. Causas de Suspensión y Cancelación al Sistema de Protección Social en Salud**

Ahora bien, la cobertura de protección social en salud será suspendida de manera temporal a cualquier familia beneficiaria en los siguientes casos:

I. Cuando no cubra las cuotas familiar o reguladora en la forma y fechas que determine la instancia competente, en su caso, y

II. Cuando el principal sostén de la familia beneficiaria se incorpore a alguna institución de seguridad social federal o estatal.

La cuota familiar amparará a los beneficiarios en el caso de que suceda la suspensión y la reincorporación a los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud en un mismo ejercicio presupuestal.

Además, se cancelarán sus beneficios y la posibilidad de reincorporación, cuando cualquier miembro de la familia beneficiaria:

I. Realice acciones en perjuicio de los propósitos que persiguen el Sistema de Protección Social en Salud o afecte los intereses de terceros;

II. Haga mal uso de la identificación que se le haya expedido como beneficiario, y

III. Proporcione información falsa sobre su nivel de ingreso en el estudio socioeconómico para determinar su cuota familiar y sobre su condición laboral o derechohabencia de la seguridad social.

En la aplicación de dichos efectos la Ley General de Salud, establece que la Secretaría de Salud tomará como base la Ley Federal de Procedimiento Administrativo y demás disposiciones aplicables.

Además en los casos en que se materialicen los supuestos, los interesados conservarán los beneficios del Sistema hasta por un plazo de sesenta días naturales a partir de la fecha de la suspensión o cancelación. Habiendo transcurrido este plazo, podrán acceder a los servicios de salud disponibles en los términos y condiciones que establece la Ley General de Salud.

#### **3.4. La Seguridad Social en el ámbito internacional de acuerdo al Convenio 102 de la Organización Internacional del Trabajo**

Adoptado, con fecha 28 de junio de 1952, dicho Convenio, en materia de seguridad social establece primordialmente lo siguiente:

Se deberá garantizar a las personas protegidas la concesión, cuando su estado lo requiera, de asistencia médica, de carácter preventivo o curativo, en

relación a la asistencia médica, la contingencia cubierta deberá comprender todo estado mórbido, cualquiera que fuere su causa, el embarazo, el parto y sus consecuencias.

1. Las prestaciones deberán comprender, por lo menos:

a) En caso de estado mórbido:

i) La asistencia médica general, comprendidas las visitas a domicilio.

ii) La asistencia por especialistas, prestada en hospitales a personas hospitalizadas o no hospitalizadas, y la asistencia que pueda ser prestada por especialistas fuera de los hospitales.

iii) El suministro de productos farmacéuticos esenciales recetados por médicos u otros profesionales calificados, y

iv) La hospitalización, cuando fuere necesaria, y

b) En caso de embarazo, parto y sus consecuencias:

i) La asistencia prenatal, la asistencia durante el parto y la asistencia puerperal prestada por un médico o por una comadrona diplomada, y

ii) La hospitalización, cuando fuere necesaria .

2. El beneficiario o su sostén de familia podrá ser obligado a participar en los gastos de asistencia médica recibida por él mismo en caso de estado mórbido; la participación del beneficiario o del sostén de familia deberá reglamentarse de manera tal que no entrañe un gravamen excesivo.

3. La asistencia médica prestada de conformidad con este artículo tendrá por objeto conservar, restablecer o mejorar la salud de la persona protegida, así como su aptitud para el trabajo y para hacer frente a sus necesidades personales .

4. Los departamentos gubernamentales o las instituciones que concedan las prestaciones deberán estimular a las personas protegidas, por cuantos medios puedan ser considerados apropiados, para que utilicen los servicios generales de salud puestos a su disposición por las autoridades públicas o por otros Organismos reconocidos por las autoridades públicas.

Además establece se deberá garantizar la concesión de prestaciones monetarias de enfermedad a las personas protegidas, la cual deberá

comprender la incapacidad para trabajar, resultante de un estado mórbido, que entrañe la suspensión de ganancias según la defina la legislación nacional.

Tal convenio también contempla la concesión de prestación de desempleo, la cual deberá comprender la suspensión de ganancias, ocasionada por la imposibilidad de obtener un empleo conveniente en el caso de una persona protegida que sea apta para trabajar y esté disponible para el trabajo.

Asimismo, se deberá garantizar a las personas protegidas la concesión de prestaciones de vejez, la contingencia cubierta será la supervivencia más allá de una edad prescrita, la cual no deberá exceder de sesenta y cinco años. Sin embargo, la autoridad competente podrá fijar una edad más elevada, teniendo en cuenta la capacidad de trabajo de las personas de edad avanzada en el país de que se trate, además de que se podrá suspender la prestación si la persona que habría tenido derecho a ella ejerce ciertas actividades remuneradas prescritas, o podrá reducir las prestaciones contributivas cuando las ganancias del beneficiario excedan de un valor prescrito, y las prestaciones no contributivas, cuando las ganancias del beneficiario, o sus demás recursos, o ambos conjuntamente, excedan de un valor prescrito.

Así tenemos que también, se deberá garantizar a las personas protegidas la concesión de prestaciones en caso de accidente del trabajo y de enfermedad profesional, que deberán comprender las siguientes, cuando sean ocasionadas por un accidente de trabajo o una enfermedad profesional prescritos:

a) Estado mórbido.

b) Incapacidad para trabajar que resulte de un estado mórbido y entrañe la suspensión de ganancias, según la defina la legislación nacional.

c) Pérdida total de la capacidad para ganar o pérdida parcial que exceda de un grado prescrito, cuando sea probable que dicha pérdida total o parcial sea permanente, o disminución correspondiente de las facultades físicas, y

d) Pérdida de medios de existencia sufrida por la viuda o los hijos como consecuencia de la muerte del sostén de familia; en el caso de la viuda, el derecho a las prestaciones puede quedar condicionado a la presunción, conforme a la legislación nacional, de que es incapaz de subvenir a sus propias necesidades .

Además, se deberá garantizar a las personas protegidas la concesión de prestaciones familiares, la cual será cubierta al tener hijos a cargo, las cuales deberán comprender:

a) Sea un pago periódico concedido a toda persona protegida que haya cumplido el período de calificación prescrito.

b) Sea el suministro a los hijos, o para los hijos, de alimentos, vestido, vivienda y el disfrute de vacaciones o de asistencia doméstica.

c) O bien una combinación de las prestaciones mencionadas en a) y b).

Ahora bien, dicho Convenio también otorga prestaciones de maternidad, la cual contempla el embarazo, el parto y sus consecuencias, y la suspensión de ganancias, resultante de los mismos.

1. En lo que respecta al embarazo, al parto y sus consecuencias, las prestaciones médicas de maternidad deberán comprender la asistencia médica.

2. La asistencia médica deberá comprender, por lo menos:

a) La asistencia prenatal, la asistencia durante el parto y la asistencia puerperal prestada por un médico o por una comadrona diplomada, y

b) La hospitalización, cuando fuere necesaria.

3. La asistencia médica tendrá por objeto conservar, restablecer o mejorar la salud de la mujer protegida, así como su aptitud para el trabajo y para hacer frente a sus necesidades personales.

4. Las instituciones o los departamentos gubernamentales que concedan las prestaciones médicas de maternidad deberán, por cuantos medios puedan ser considerados apropiados, estimular a las mujeres protegidas para que utilicen los servicios generales de salud puestos a su disposición por las autoridades públicas o por otros Organismos reconocidos por las autoridades públicas.

Por lo que refiere a las prestaciones de invalidez, establece que la contingencia cubierta deberá comprender la ineptitud para ejercer una actividad profesional, en un grado prescrito, cuando sea probable que esta ineptitud será permanente o cuando la misma subsista después de cesar las prestaciones monetarias de enfermedad.

Para el caso de prestaciones a sobrevivientes el Convenio contempla, que la contingencia cubierta deberá comprender la pérdida de medios de existencia sufrida por la viuda o los hijos como consecuencia de la muerte del sostén de familia; en el caso de la viuda, el derecho a la prestación podrá quedar condicionado a la presunción, de que es incapaz de subvenir a sus propias necesidades.

La legislación nacional podrá suspender la prestación si la persona que habría tenido derecho a ella ejerce ciertas actividades remuneradas prescritas, o podrá reducir las prestaciones contributivas cuando las ganancias del beneficiario excedan de un valor prescrito, y las prestaciones no contributivas, cuando las garantías del beneficiario, o sus demás recursos, o ambos conjuntamente, excedan de un valor prescrito.

1. Con respecto a cualquier pago periódico, la cuantía de la prestación, aumentará con el importe de las asignaciones familiares pagadas durante la contingencia, deberá ser tal que, para el beneficiario tipo a, sea por lo menos igual, para la contingencia en cuestión, al porcentaje indicado en dicho cuadro, en relación con el total de la garantía anterior del beneficiario o de su sostén de familia y del importe de las asignaciones familiares pagadas a una persona protegida que tenga las mismas cargas de familia que el beneficiario tipo.

2. Las ganancias anteriores del beneficiario o de su sostén de familia se calcularán de conformidad con reglas prescritas y, cuando las personas protegidas o su sostén de familia estén repartidos en categorías según sus ganancias, la ganancia anterior podrá calcularse de conformidad con las ganancias de base de las categorías a que hayan pertenecido.

3. Podrá prescribirse un máximo para el monto de la prestación o para la ganancia que se tenga en cuenta en el cálculo de la prestación, a reserva de que queden satisfechas cuando la ganancia anterior del beneficiario o de su sostén de familia sea inferior o igual al salario de un trabajador calificado del sexo masculino.

4. La garantía anterior del beneficiario o de su sostén de familia, el salario del trabajador calificado del sexo masculino, la prestación y las asignaciones familiares se calcularán sobre el mismo tiempo básico.

5. Para los demás beneficiarios, la prestación será fijada de tal manera que esté en relación razonable con la del beneficiario tipo.

6. Se considerará como trabajador calificado del sexo masculino:

a) Sea a un ajustador o un tornero en una industria mecánica que no sea la industria de máquinas eléctricas.

b) Sea a un trabajador ordinario calificado definido de conformidad con las disposiciones del párrafo siguiente.

c) Sea a una persona cuya ganancia sea igual o superior a las ganancias del 75 por 100 de todas las personas protegidas, determinándose estas ganancias sobre una base anual o sobre la base de un periodo más corto, según se prescriba.

d) O bien a una persona cuya ganancia sea igual al 125 por 100 del promedio de las ganancias de todas las personas protegidas.

| <i>Partes</i> | <i>Contingencias</i>                                 | <i>Beneficiarios tipo</i>                                  | <i>porcentaje</i> |
|---------------|--|--|-------------------|
| III           | Enfermedad   | Hombre con cónyuge y dos hijos                             | 45                |
| IV            | Desempleo  | Hombre con cónyuge y dos hijos                             | 45                |
| V             | Vejez  | Hombre con cónyuge en edad de pensión                      | 40                |
| VI            | Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: | Hombre con cónyuge y dos hijos                             | 50                |
|               | Incapacidad para trabajar                            | Hombre con cónyuge y dos hijos<br>Viuda con dos hijos..... | 50                |
|               | Invalidez.....<br>Sobrevivientes.....                |  | 40                |
| VIII          | Maternidad   | Mujer  | 45                |
| IX            | Invalidez  | Hombre con cónyuge y dos hijos                             | 40                |
| X             | Sobrevivientes                                       | Viuda con dos hijos  | 40                |

### **3.5. Estructura jurídica del sistema de Protección en Salud en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud**

Así tenemos que si bien dentro de la ley general de salud se encuentra un apartado denominado sistema de protección en salud, era necesaria la

existencia de un reglamento que en particular regulara todas y cada una de las disposiciones que establecen su funcionamiento, estructura y aplicación.

### **3.5.1. Disposiciones generales**

El Reglamento de la Ley General de Salud es de orden público e interés social, ya que tiene por objeto regular el Sistema de Protección Social en Salud que se establece en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud y su aplicación es competencia de la Secretaría de Salud, de los Servicios Estatales de Salud que cuenten con Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, en los términos de la citada ley y de los acuerdos de coordinación que para el efecto se suscriban, y de las demás dependencias o entidades que resulten competentes.

Se concibe a los Regímenes Estatales como las estructuras administrativas, dependientes de los Servicios Estatales de Salud, encargadas de garantizar las acciones de protección social en salud mediante el financiamiento y la coordinación eficiente, oportuna y sistemática de la provisión de los servicios de salud a la persona en el Sistema, las cuales deberán realizar su actividad de manera independiente de la provisión de servicios de salud.

Los Regímenes Estatales cubrirán a las familias beneficiarias que residan en la circunscripción territorial de cada entidad federativa y tendrán como funciones primordiales la promoción para la incorporación de familias al Sistema; la afiliación y verificación de la vigencia y tutela de derechos de los beneficiarios; la administración de los recursos financieros para las entidades federativas, con excepción de los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, que serán administrados directamente por los Servicios Estatales de Salud; la verificación de que los prestadores de servicios cumplan con los requisitos que establece la Ley; la gestión de pago a dichos prestadores, así como la rendición de cuentas.

### **3.5.2. De las prestaciones del sistema**

El Sistema cubrirá los servicios de salud a la comunidad a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad; así como las acciones en materia de protección social en salud que se realizan mediante la prestación de servicios de salud a la persona.

El conjunto de actividades y servicios realizados por los Servicios Estatales de Salud que forman parte del ejercicio a nivel estatal de las funciones de rectoría y prestación de servicios de salud pública y que serán cubiertos por el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad deberán estar vinculados con al menos uno de los siguientes atributos y tipos de actividades:



A. Atributos generales:

Principalmente ser de cobertura nacional, que sus servicios que se otorgan de manera gratuita para la población en el momento de su utilización; ser acciones de impacto colectivo.

B. Tipo de actividades de rectoría:

Fundamentalmente en la emisión y supervisión de marcos normativos y de regulación sanitaria de los productos, procesos, métodos, instalaciones, servicios y actividades que tienen un impacto sobre la salud, según las competencias y atribuciones de las entidades federativas;

Los servicios de salud a la persona se componen de los servicios esenciales y aquellos servicios cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

La Comisión fijará la secuencia y alcances de cada intervención comprendida en los servicios esenciales que se provea en el Sistema, de manera prioritaria y progresiva para satisfacer de manera integral las necesidades de salud de las familias beneficiarias.

Para la determinación de los servicios esenciales del Sistema, la Comisión seleccionará las intervenciones respectivas, por tipo de establecimiento para la atención médica, de manera que progresivamente se incrementen. Para dar cumplimiento a los servicios del citado Sistema, la secuencia y alcances de cada intervención deberán establecerse con base en los siguientes criterios:

I. Incluir las acciones de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida, así como las correspondientes a diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, vinculadas con las necesidades de salud derivadas del perfil epidemiológico del país;

II. Considerar la sustentabilidad financiera del Sistema;

III. Tomar en cuenta las necesidades de salud recurrentemente solicitadas en los servicios públicos de salud disponibles;

IV. Prever la secuencia y el nivel de atención médica de los servicios, según la capacidad resolutive de las instalaciones médicas y las necesidades de atención individuales;

V. Establecer las intervenciones cubiertas, a manera de catálogo;

VI. Contemplar los medicamentos asociados a los tratamientos, los cuales deberán estar incluidos en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector Salud, deberán ser prescritos por el médico conforme a lo establecido en los protocolos o guías clínico-terapéuticas que se apliquen para cada intervención, y sujetando la dotación de medicamentos a lo señalado en la receta;

VII. Tomar como principios fundamentales la equidad y la justicia distributiva, y

VIII. Promover un trato digno y respetuoso.

Para facilitar que el proceso de priorización se realice atendiendo a criterios de aceptabilidad social, la Comisión promoverá la participación e incorporará las opiniones de los profesionales del Sistema Nacional de Salud y establecerá mecanismos que permitan la participación de la población beneficiaria en el diseño y evaluación de los servicios.

De manera adicional a la prestación de servicios esenciales de salud, los Regímenes Estatales podrán establecer conjuntos complementarios de servicios considerando elementos de carácter epidemiológico, necesidades específicas de grupos poblacionales, factores de acceso geográfico y condiciones climatológicas, factores culturales u otros aspectos que ameriten ajustes a las condiciones y la problemática local de salud. El financiamiento de dichos servicios correrá a cargo de los gobiernos de las entidades federativas.

Los Regímenes Estatales garantizarán la prestación de los servicios de salud a la persona de forma directa a través de los establecimientos para la atención médica de los Servicios Estatales de Salud o de forma indirecta a través de los establecimientos para la atención médica de otras entidades federativas o de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud.

La prestación indirecta de los servicios de salud a la persona entre Regímenes Estatales se realizará por medio de los sistemas de referencia y contrarreferencia que se establezcan de conformidad con los mecanismos o sistemas de colaboración interestatal del Sistema que para el efecto se establezcan.

Para garantizar la prestación de los servicios de salud a la persona del Sistema, los Regímenes Estatales podrán brindarlos indirectamente a sus beneficiarios por medio de las instituciones y los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud. Dicha prestación indirecta se realizará bajo los términos de los convenios de colaboración interinstitucional que al efecto se suscriban y en los cuales se incluirán las bases para la compensación económica.

La Secretaría proveerá el modelo de convenio de colaboración interinstitucional para la prestación indirecta de servicios de salud a la persona a los beneficiarios del Sistema.

Los Servicios Estatales de Salud podrán establecer convenios de colaboración con municipios, para su participación en el Sistema. Los convenios, sin perjuicio de la normatividad estatal aplicable, determinarán como mínimo las áreas de colaboración, las aportaciones económicas estatales y municipales, y los mecanismos de participación de las autoridades municipales en el Régimen Estatal.

Para garantizar el carácter integral de los servicios, los Regímenes Estatales considerarán los establecimientos para la atención médica en términos de redes de servicios. Las redes de servicios deberán garantizar la continuidad de cuidados, el máximo nivel de resolución en atención primaria, la provisión de medicamentos, la especialización de los profesionales de la salud y constituirse sobre referencias poblacionales y geográficas.

Como parte sustancial de los beneficios del Sistema, la Comisión, en coordinación con los Regímenes Estatales, promoverá una política de medicamentos tendiente a reducir los costos de adquisición, favorecer sistemas eficientes de abasto y reposición de medicamentos y el uso racional de los mismos en la prescripción y consumo en los establecimientos para la atención médica del Sistema. A tal efecto, los Regímenes Estatales y los establecimientos para la atención médica del Sistema celebrarán los convenios de gestión oportunos e implantarán programas de capacitación al personal.

Los Regímenes Estatales asignarán cada familia beneficiaria a un centro de salud, así como un médico de familia, para su atención primaria y en caso de existir más de una opción se les brindará la facilidad de elegir su unidad de adscripción o su médico de familia.

Con objeto de fortalecer a los establecimientos para la atención médica de los Servicios Estatales de Salud y establecer criterios homogéneos y transparentes en la atención de los beneficiarios del Sistema, las relaciones entre los Regímenes Estatales y los establecimientos para la atención médica acreditados se formalizarán mediante convenios de gestión, que bajo la forma de acuerdo interno, precisen la cobertura de afiliados, condiciones de calidad, la tutela de los derechos de los usuarios, la asignación de recursos o reposición de fondos para la atención a los beneficiarios del Sistema, y los criterios de evaluación y seguimiento de sus actividades.

Los Regímenes Estatales podrán celebrar convenios para la utilización de infraestructura médica con los establecimientos para la atención médica de

otros Regímenes Estatales o de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud cuando así lo requieran, conforme a la legislación aplicable. Dichos convenios sólo podrán ser suscritos con los establecimientos para la atención médica convenientemente acreditados en los términos a que se refiere el artículo 77 bis 9 de la Ley General de Salud, en lo relativo a contar con servicios específicos como lo son consulta externa y especialidades básicas de calidad.

La Comisión tendrá la capacidad de verificar el alcance en los programas de acreditación y revisará anualmente el cumplimiento de las condiciones en materia de acreditación en las que se encuentren los establecimientos incorporados al Sistema.

Los beneficiarios deberán participar en el autocuidado de su salud, por lo cual al incorporarse al Sistema recibirán la Cartilla Nacional de Salud que les corresponda, de acuerdo con su edad y sexo, misma que deberán presentar en toda atención de salud que soliciten.

En el caso de la atención de urgencias, la falta de presentación de la Cartilla Nacional de Salud no podrá ser motivo para negar la atención médica.

El Plan Maestro de Infraestructura es el instrumento rector al que se sujetarán los Servicios Estatales de Salud, con el fin de racionalizar la inversión pública en infraestructura y garantizar la operación sustentable, así como definir las características de los centros regionales de alta especialidad.

En la elaboración del Plan Maestro de Infraestructura, deberán considerarse, al menos, las necesidades de salud de la población, las características socioculturales, demográficas, epidemiológicas, información sobre accesibilidad y utilización de servicios, así como los criterios que para el Modelo Integrado de Atención a la Salud defina la Secretaría.

El Plan Maestro de Infraestructura deberá considerar un panorama de diez años y en su contenido se deberá especificar lo relativo a la remodelación, equipamiento de alta tecnología y obra nueva en infraestructura física para la prestación directa, a través de los establecimientos públicos para la atención médica del Sistema.

La planeación de nuevos establecimientos para la atención médica y la adquisición de nuevas tecnologías, para su inclusión en el Plan Maestro de Infraestructura, deberá sustentarse en el certificado de necesidad que será expedido por la Secretaría, en los términos que para el efecto establezca, tomando en consideración los siguientes parámetros:

- I. Proyecciones demográficas y epidemiológicas de la población;

II. Comparación del costo-efectividad de los proyectos alternativos existentes;

III. Relación de la oferta existente;

IV. Necesidades especiales de las familias beneficiarias;

V. Comparación de las tendencias de utilización u ocupación de los otros prestadores de servicios en el área;

VI. Disponibilidad de recursos financieros;

VII. El flujo de liquidez proyectado que debe asegurar la viabilidad financiera;

VIII. Aspectos ambientales y culturales relacionados con el proceso de atención, y

IX. Características arquitectónicas y de operatividad relacionadas con las costumbres, el clima y las condiciones geográficas.

En la aprobación para la construcción de nuevos establecimientos para la atención médica dentro del Sistema, se dará prioridad a aquellas regiones en donde los indicadores de recursos físicos y humanos se encuentren por debajo de lo que se estima necesario dadas las necesidades de salud de la población (artículo 38 del Reglamento en cita).

Los aspectos tecnológicos del equipamiento de los establecimientos para la atención médica participantes en el Sistema, se sujetarán a los lineamientos que para el efecto emita la Secretaría, en apego al Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico elaborado por el Consejo de Salubridad General, procurando la adquisición y utilización de equipos con garantía de mantenimiento preventivo y correctivo en el nivel local.

Ahora bien, si bien es cierto en el Plan Maestro de Infraestructura en estricto acatamiento prevé que para considerar la creación de instalaciones propias destinadas a la aplicación del sistema de protección social en salud o en su caso, para la celebración de convenios con instituciones públicas dependientes, será a través de un estudio completo así como de la práctica de diversos análisis estadísticos, es indiscutible que su operatividad depende de la existencia real de circunstancias precisas que propicien su perfecta aplicación, mismas que no se dan, dado que como sabemos el sector salud en sus diversas instalaciones cuenta con el personal médico, medicamentos e instrumentos que para la población apenas y resultan suficientes, de sumar los afiliados al seguro popular resultaría saturado, por lo que debiera considerarse

para su optimización la creación de establecimientos nuevos enfocados únicamente a la prestación de los servicios brindados por el sistema de protección social en salud.

### **3.5.3. De la incorporación de beneficiarios**

Para la incorporación de beneficiarios al Sistema se requerirá de una solicitud que realice por sí el interesado, una colectividad o bien, alguna institución gubernamental.

Con la incorporación al Sistema, los beneficiarios recibirán la Credencial Única de Beneficiario del Sistema, expedida por los Regímenes Estatales bajo los lineamientos que para el efecto emita la Comisión.

La Credencial Única de Beneficiario del Sistema servirá para identificar al beneficiario como afiliado al Sistema y para comprobar su vigencia de derechos y le permitirá el acceso pleno a todos los servicios cubiertos por el Sistema.

Asimismo, y como parte de la incorporación al Sistema, previa asignación a un centro de salud, así como a un médico de familia, cada uno de los beneficiarios recibirá la Cartilla Nacional de Salud de la que ya se ha hecho mención.

En la incorporación de familias al Sistema se buscará otorgar la mayor flexibilidad al solicitante, privilegiando la simple manifestación de los interesados, presumiéndose la buena fe.

En particular, de manera no limitativa, quienes pretendan incorporarse al Sistema, podrán acreditar el cumplimiento de dichos requisitos en los términos siguientes:

I. La residencia podrá demostrarse mediante la presentación de por lo menos un comprobante de domicilio;

II. La no derechohabencia a instituciones de seguridad social se acreditará con la mera manifestación del solicitante;

III. En caso de que los solicitantes no cuenten con la Clave Única de Registro de Población, se solicitará el acta de nacimiento como documento temporal y con el propósito de que los Regímenes Estatales apoyen la gestión ante las autoridades correspondientes para que otorguen las facilidades necesarias para su obtención;

IV. Si tampoco se cuenta con acta de nacimiento, se podrá proceder conforme a los acuerdos que los gobiernos estatales establezcan con las autoridades del Registro Civil o del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral para la Familia para resolver esta situación, aceptándose la credencial de elector o carta de autoridad local como medio de identificación, en tanto se logra un registro oficial;

V. En lo relativo a cubrir las cuotas familiares correspondientes, se deberá proporcionar la información necesaria para la aplicación del instrumento de evaluación, y

VI. Para acreditar el pago de las cuotas familiares, en su caso, deberá exhibirse el recibo oficial correspondiente.

Existirá un Padrón estará integrado con la información contenida en los padrones de los Regímenes Estatales que componen el Sistema, será de tipo nominal y deberá contener, al menos, los siguientes elementos: nombre, apellido paterno, apellido materno, fecha de nacimiento, sexo, Clave Única del Registro de Población, domicilio actual, incluyendo localidad, municipio y entidad, posición en el hogar, clave única de identificación por familia asignada por la Comisión, vigencia de derechos, nivel de cuota familiar y el establecimiento para la atención médica de adscripción.

#### **3.5.4. Del financiamiento del sistema**

Se definen como aportaciones aquellas realizadas por el Gobierno Federal y los gobiernos de las entidades federativas. Las erogaciones del Gobierno Federal relacionadas con el Sistema deberán estar específicamente identificadas en el presupuesto autorizado de la Secretaría.

La Secretaría y los Regímenes Estatales, a través de la Comisión, determinarán un porcentaje o un monto máximo de los recursos del Sistema que podrán ser destinados a los gastos de administración del mismo.

Ahora bien, con objeto de determinar el monto anual correspondiente a la cuota social, la aportación solidaria federal y la aportación solidaria estatal, para financiar los servicios de salud a la persona cubiertos por el Sistema, el número de familias beneficiarias por entidad federativa se cuantificará anualmente por la Comisión a partir del Padrón vigente al término del año fiscal inmediato anterior, de la proyección de la población beneficiaria potencial, de la capacidad existente para la provisión de los servicios y de las metas de incorporación de familias al Sistema, con criterios de equidad en la distribución de la meta nacional, según se convenga con las entidades federativas en los anexos de los acuerdos de coordinación correspondientes y tomando en

consideración la disponibilidad de recursos presupuestarios para el ejercicio fiscal correspondiente.

La Secretaría proporcionará anualmente a la Comisión la información sobre las proyecciones de la población beneficiaria potencial por entidad federativa expresada en número de familias conforme a los criterios metodológicos correspondientes.

Los recursos correspondientes a la cuota social y a la aportación solidaria federal se canalizarán a las entidades federativas de conformidad con la periodicidad del calendario presupuestal definido en los acuerdos de coordinación correspondientes. Dicha periodicidad no podrá ser superior a tres meses (Artículo 80 del Reglamento en cita).

Para estos efectos, las entidades federativas y la Comisión establecerán una meta anual de afiliación distribuida por trimestre.

El Gobierno Federal enviará al principio de cada trimestre los recursos por concepto de cuota social y mensualmente los recursos por concepto de aportación solidaria federal, correspondientes a la meta de afiliación convenida para ese periodo, de conformidad con lo establecido en el artículo 80 del Reglamento en cita.

La Comisión realizará al término de cada trimestre y previo al envío de recursos subsecuentes una conciliación con cada entidad federativa para contrastar la congruencia del Padrón con los recursos enviados al principio del trimestre en cuestión.

Con base en los resultados de esta conciliación, la Comisión deberá efectuar ajustes en el monto de los recursos de cuota social y aportación solidaria federal a ser transferidos a la entidad federativa en el periodo subsecuente que corresponda.

El monto total de recursos federales correspondientes a la cuota social por familia beneficiaria será determinado de forma anual.

El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, es un fondo sin límite de anualidad presupuestal que apoya el financiamiento del tratamiento de enfermedades de alto costo que generan gastos catastróficos para los prestadores de servicios de salud del Sistema.

El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos se administrará y operará por la Comisión con base en el fideicomiso que constituya el Ejecutivo Federal para la administración de este fondo y de la previsión presupuestal anual.



Los recursos serán canalizados por el Gobierno Federal al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, de sus aportaciones al Sistema, por medio del fideicomiso que al efecto constituya el Ejecutivo Federal, cuyo monto equivaldrá al ocho por ciento de la suma de la cuota social, de la aportación solidaria federal y de la aportación solidaria estatal. Durante el ejercicio fiscal deberán realizarse los ajustes y compensaciones necesarios de las aportaciones que correspondan tanto al Gobierno Federal como a las entidades federativas.

Para efectos de lo anterior, el Gobierno Federal entregará a las entidades federativas el monto que por concepto de cuota social les corresponda, una vez descontado el monto de recursos equivalente al ocho por ciento de la suma de la cuota social, la aportación solidaria federal y la aportación solidaria estatal que le corresponda a cada una de las entidades federativas.

Podrá establecerse un régimen no contributivo que se aplicará a las familias con insuficiente ingreso o la carencia de éste.

En adición, y con independencia de la aportación realizada a través de la cuota familiar, los beneficiarios podrán ser sujetos del pago de cuotas reguladoras.

La cuota reguladora es la aportación cuyo objetivo es promover el uso razonado de los servicios y los insumos para la salud.

La Comisión establecerá los niveles de cuotas familiares que serán utilizados por decil de la distribución del ingreso.

Los criterios y la metodología utilizada para establecer los niveles de cuotas familiares serán definidos por la Comisión en los lineamientos correspondientes. Para lo anterior, se tomará en cuenta el nivel de ingreso familiar promedio que se estime a nivel nacional para cada decil de la distribución del ingreso. Para ello, se utilizará la información disponible de encuestas representativas a nivel nacional que contengan información de ingresos y gastos de los hogares generadas por las dependencias del Ejecutivo Federal responsables de ello.

El monto que corresponderá pagar por concepto de cuota familiar a cada familia beneficiaria o en su caso, la determinación de su sujeción al régimen no contributivo, se determinará cada tres años a partir del instrumento de evaluación socioeconómica que para tales efectos establecerá la Comisión, de conformidad con el artículo 77 Bis 5, inciso A fracción IX de la Ley General en Salud.

El instrumento de evaluación socioeconómica deberá permitir lo siguiente:

I. Clasificar a las familias beneficiarias conforme a su nivel socioeconómico, para lo cual se utilizarán deciles de la distribución del ingreso, y

II. Determinar la capacidad de pago por familia beneficiaria a partir de su ingreso.

Entonces tenemos que serán sujetos del régimen no contributivo aquellas familias ubicadas en los deciles I y II de la distribución de ingreso, conforme lo determine la Comisión en los lineamientos correspondientes.

La Secretaría, con cargo a su presupuesto aprobado y previa autorización de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, así como las entidades federativas u otros terceros solidarios podrán realizar aportaciones para cubrir la cuota familiar de las familias sujetas al régimen no contributivo. Estos recursos no podrán ser considerados como parte de la aportación solidaria estatal o federal, ni de la cuota social.

Adicionalmente, se podrán considerar sujetos de incorporación al régimen no contributivo aquellas familias que cumplan cualquiera de los siguientes supuestos:

I. Ser beneficiarias de los programas de combate a la pobreza extrema del Gobierno Federal, residentes en localidades rurales;

II. Ser residentes de localidades de muy alta marginación con menos de doscientos cincuenta habitantes, y

III. Otros supuestos que fije la Comisión.

La Comisión o los Regímenes Estatales, según su ámbito de competencia, deberán estar en capacidad de corroborar, mediante sustentos metodológicos, el cumplimiento de los supuestos señalados en las fracciones I a III anteriores. La verificación de pertenencia al padrón de beneficiarios de los programas de combate a la pobreza extrema del Gobierno Federal para las familias sujetas al régimen no contributivo se realizará anualmente.

Las cuotas familiares que los beneficiarios del Sistema deben cubrir para ser incorporados, serán sufragadas de manera anticipada, anual y progresiva, pudiendo liquidarse de manera trimestral.

Las cuotas familiares serán recibidas directamente por los Regímenes Estatales y se destinarán para el abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud necesarios para el Sistema.

Los Regímenes Estatales deberán informar trimestralmente a la Comisión del manejo y destino de las cuotas familiares, de conformidad con los lineamientos que para el efecto expida la Secretaría.

Solamente el Consejo de Salubridad General podrá establecer las cuotas reguladoras, las cuales serán aplicables en todos los Regímenes Estatales.

Los recursos recaudados por los Regímenes Estatales por concepto de cuotas reguladoras, una vez cubiertos los costos de su registro y proceso, se destinarán para financiar el abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud necesarios para la operación del Sistema.

La Comisión será responsable de efectuar la revisión anual de las cuotas familiares con base en la información que para tales efectos proporcionen los Regímenes Estatales.

La prestación de servicios de salud no incluidos en los servicios cubiertos por el Sistema, se sujetará al pago de cuotas de recuperación. En este caso, los Regímenes Estatales deberán utilizar el instrumento establecido por la Comisión para evaluar la condición socioeconómica de los beneficiarios, y con base en ello podrán eximir, en su caso, a las familias beneficiarias del pago de la cuota correspondiente.

Los Regímenes Estatales pondrán a disposición del público por medios remotos o locales, de comunicación electrónica, la información relativa al manejo financiero del Sistema.

### **3.6. Plan Nacional de Desarrollo**

Es importante considerar lo contemplado en el Plan Nacional de Desarrollo de establecerse en los principales puntos que justificaron la aplicación y creación del seguro popular en las distintas entidades, así como de otorgar una visualización de su funcionalidad.

#### **3.6.1. Factores que justifican el Seguro Popular de Salud**

El Seguro Popular de Salud como parte fundamental del Sistema de Protección Social en Salud es un instrumento de la política social del Estado

para reducir la tensión entre equidad e inequidad como ya se ha mencionado por lo que se justifica bajo las siguientes vertientes:

a) La política tiene sus antecedentes en las propuestas del actual gobierno, cuyo principal objetivo era elevar los niveles de salud, garantizando el acceso a los servicios integrales de salud con calidad y trato digno, fortaleciendo así el tejido social al reducir las desigualdades y asegurando la protección económica de todas las familias.

b) La jurídica que es la que principalmente nos interesa y la cual se sustenta en el numeral 4°. de nuestra Constitución Política, que dice: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”. Así como en la reforma a la Ley General de Salud y su Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2004 respectivamente, en donde se crea el Sistema de Protección Social en Salud que plantea la prestación de los servicios de salud a todas las familias que carecer de un sistema de protección social.

c) La social, que considera los rezagos existentes en materia de salud en amplios sectores de la sociedad producto de la pobreza, los problemas degenerativos en la salud que trae consigo la contaminación ambiental, la transición demográfica, la desigualdad en la prestación de servicios y los gastos extras en medicinas por parte de las familias, y finalmente el incremento en el costo de los medicamentos.

d) La económico-financiera, que se preocupa por reducir el empobrecimiento de las familias que se encuentran dentro de los seis primeros deciles de ingreso por causa de los gastos catastróficos (cuando se designa más de un 30 por ciento en gastos de salud de su ingreso anual) en salud, especialmente las familias que no se encuentran afiliadas a ningún sistema de protección social, así como la reducción de los gastos en salud por parte del Estado y entidades federativas.

Finalmente, en los aspectos antes mencionados el Gobierno Federal sustentó la aplicación del Seguro Popular de Salud como un instrumento que permite la protección financiera de la población que no cuenta con seguro social en salud, a través de un aseguramiento público para las familias y ciudadanos que por su condición laboral o socioeconómica no son derechohabientes de instituciones como el IMSS o el ISSSTE entre otras. Este tipo de protección financiera es respaldada por subsidios (recurso solidarios) del gobierno federal canalizados a las entidades federativas.

### 3.6.2. Estudios que justifican el Seguro Popular de Salud

La forma de aseguramiento para la población no derechohabientes sustenta en diversos estudios de campo, realizados en los últimos diez años, cuyos resultados reportan cifras determinantes para la creación del Seguro Popular de Salud (SPS).

El punto central del esquema de aseguramiento del SPS es la reducción del gasto de bolsillo, entendiendo a éste como el gasto realizado por una familia por concepto de consultas médicas y compra de medicamentos. El gasto de bolsillo en salud tiene mayor impacto en las familias de bajos ingresos, por lo que incrementa la desigualdad social, según los últimos reportes realizados por la Secretaría de Salud.

Ahora bien, en 1994 se llevó a cabo el levantamiento de la Encuesta Nacional de Salud II, cuyo objetivo general fue analizar aspectos sobre demanda de servicios, cobertura, accesibilidad, calidad y gastos en salud hechos por los usuarios, para generar un diagnóstico sobre los alcances y las limitaciones a las necesidades de salud de la población. La información recolectada detectó que del total de las personas que requirieron de los servicios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 53.4 por ciento adquirió sus medicamentos en las farmacias privadas, esa misma situación afectó al 8.5 por ciento de los afiliados a los sistemas de seguridad social como el IMSS e ISSSTE.

De lo anterior, se desprenden datos importantes como lo son la reducción en el presupuesto en salud destinado a la población abierta y la reducción en el abasto de medicamentos, que implican un gasto en el bolsillo de las familias. Circunstancias que se constatan con las cifras arrojadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, que señalan el presupuesto en salud destinado a la población abierta, el cual modificó su participación de 21.7 por ciento en el sector de 1995, a 29.3 por ciento en el 2000; experimentándose un aumento real del 81.1 por ciento en el mismo periodo, superior al 33.8 por ciento en que lo hizo el gasto total en salud.

Un año antes de la puesta en marcha de la fase piloto del Seguro Popular de Salud se efectuó la Encuesta Nacional de Aseguramiento y Gasto en Salud (ENAGS 2001), con el fin de obtener información respecto al entorno socioeconómico y financiero de la población,<sup>48</sup> así como explorar factores relacionados a:

---

<sup>48</sup> La encuesta se aplicó a 1980 hogares en 28 entidades federativas, visitados entre el 5 y 19 de diciembre de 2002 y corresponden a una muestra de los hogares entrevistados en la Encuesta de Ingreso Gasto de los Hogares (ENIGH 2000), Secretaría de Salud, Evaluación del Seguro Popular de Salud, Informe 2002, México, octubre 2002, pág. 20.

1. La demanda de atención.
2. La cultura del prepago.
3. La disponibilidad al prepago en salud.

Datos de la ENAGS 2001, indicaron que en México la población no asegurada representaba el 50.8 y la asegurada 49.2 por ciento.

De la población no asegurada (50.8 por ciento) solo el 30.4 por ciento estaría dispuesto a pagar por el seguro popular de salud.

El monto promedio que los entrevistados estarían dispuestos a pagar, fue de 461.00 pesos mensuales para más de 10 diez miembros de la familia y 106.00 para uno o dos integrantes.

Respecto a la expectativa de la población no derechohabiente sobre los servicios ofrecidos por el seguro popular en salud, los encuestados evaluaron con el puntaje más alto 92.9 por ciento, el buen trato y 89.5 por ciento consideraron de mucha importancia que se cuente con el material y equipo necesario para la atención médica; la disponibilidad de medicamentos tuvo un nivel de importancia del 86.9 por ciento por debajo del tiempo de espera y recibir información general y médica.

La información proporcionada por las encuestas mencionadas permitió poner en marcha el Piloto del seguro popular de salud, en municipios seleccionados de Colima, Jalisco, Aguascalientes, Tabasco y Campeche. Los criterios para su selección fueron señalados en las reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del seguro popular de salud, 2002 y consideraron:

- La existencia de alta cobertura para la seguridad social,
- La capacidad para ofrecer los servicios,
- Grandes concentraciones urbanas y semiurbanas;
- La existencia de grupos beneficiarios de problemas sociales del gobierno.<sup>49</sup> (Estos criterios serían modificados completamente en las reglas de operación del año 2003).

Uno de los criterios para seleccionar a los estados y municipios fue la existencia de beneficiarios por programas sociales, a manera de ejemplo se eligieron los programas Oportunidades, Leche y Tortilla para identificar el total de población objetivo atendida en el 2002 y su relación con el total del SPS;

---

<sup>49</sup> Diario Oficial de la Federación. Secretaría de Salud. Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del seguro popular de salud, 15 de marzo 2002.

cabe aclarar que en cada caso se consideran variables demográficas y geográficas muy específicas que a continuación se describen:

El Programa Oportunidades elige familias en pobreza extrema del medio rural y urbano identificadas mediante un proceso de dos etapas: 1. Selección de zonas por su nivel de marginación establecido por CONAPO; 2. Recolección de información socioeconómica de los hogares para determinar su grado de pobreza.

El Programa de Abasto Social de Leche atiende a niños menores de 12 años, a adultos mayores de 60 años, enfermos y/o discapacitados, mujeres embarazadas todos en condiciones de pobreza extrema de áreas urbanas, semiurbanas y rurales que no son atendidos por Oportunidades.

El Programa Tortilla que finiquitó en el 2003 que atendía a familias en extrema pobreza que habitaran colonias en localidades urbanas, marginadas de 15 mil habitantes y más.

Durante las primeras etapas de operación, el Seguro popular de salud, se destinó a las familias de los 6 primeros deciles de la distribución de ingresos que no fueran derechohabientes de la seguridad social y residieran en localidades semiurbanas y urbanas. Como se puede observar no se consideró como criterio de selección de hogares ni de localidades el índice de marginación que sí se emplea en los programas marcados. Sin embargo, la elección de la muestra que en este caso fue de cinco estados con veintiséis municipios tiene como característica un promedio entre muy bajo y bajo en grado de marginación. Campeche y Jalisco son los únicos estados que cuentan con dos municipios con muy alto grado de marginación.

Estimaciones de Raúl Miranda Ocampo realizadas en 1993, señalan que en las entidades más pobres hasta el 76 por ciento carece de seguridad social formal,<sup>50</sup> a manera de ejercicio se constató la afirmación de Miranda Ocampo, utilizando el índice de marginación 2000 y las proyecciones de población a 2002 de CONAPO; los resultados que se obtuvieron en las entidades federativas seleccionadas para el piloto del seguro popular fueron:

1. Aguascalientes, Colima y Jalisco tienen bajo grado de marginación y el porcentaje de población no derechohabiente fluctúa del 40 al 50 por ciento.
2. Campeche y Tabasco tienen alto grado de marginación y el porcentaje de población no derechohabiente es mayor al 50 por ciento.

---

<sup>50</sup> Raúl Miranda Ocampo, et. al., Inequidad de los servicios de salud a población abierta en México, en Salud Pública de México. Noviembre-diciembre 1993. Vol. 35. No. 6, pág. 45.

3. Chiapas es la entidad con el más alto grado de marginación del país y no fue seleccionada para la primera etapa del piloto Seguro Popular, con una población no derechohabiente a la seguridad social formal en salud de 80.3 por ciento.

En las entidades federativas con mayor grado de marginación se encuentran los porcentajes más elevados de población sin seguridad social formal, como se aprecia en el cuadro 6.

El Estado de Colima es un caso que llama la atención ya que representado sólo el 0.6 por ciento de la población total del país, el 47 por ciento o sea 267,647 habitantes,<sup>51</sup> no eran derechohabientes formales de la seguridad social. En el año 2004 a través del Seguro Popular de Salud se afilió a todos sus habitantes, por familias o individuos.

En el 2002 inició la fase piloto del SPS en los cinco estados, para ello se asignaron montos anuales per cápita y por familia (considerando 4.4 miembros por familia) que la Federación subsidio a los SERVICIOS ESTATALES DE SALUD CON BASE EN LOS PADRONES DE FAMILIA E INDIVIDUOS CON ASEGURAMIENTO VIGENTE.

En la primera etapa de operación del seguro popular de salud se aseguraron a familias nucleares, es decir, el padre y/o la madre y los hijos menores de 18 años, pudiendo incluir al padre o la madre de cualquiera de ellos mayores de 64 años, que formen parte del hogar y, por lo tanto, habiten en la misma vivienda. Siempre y cuando el nivel de ingreso se localizara en los 6 primeros deciles de la distribución y residencia en localidades semiurbanas y urbanas.

Las cuotas por familia se calcularon por decil de ingreso tomando en cuenta consideración que fueran menores al gasto de bolsillo reportado en la Encuesta de Ingreso y Gasto 2000 del INEGI.

Durante el año 2002, se fueron incorporando los estados del Sinaloa, Tamaulipas, Baja California, San Luis Potosí, Sonora, Coahuila, Guanajuato, Zacatecas, Oaxaca, México, Quintana Roo, Guerrero, Hidalgo, Chiapas y Morelos, los cuales iniciaron la fase de afiliación de familias sin estar considerados en las Reglas de Operación 2002, (como fue el caso de Aguascalientes, Colima, Campeche, Jalisco y Tabasco); este hecho no impidió

---

<sup>51</sup> Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, estimaciones a partir de los totales de población por entidad federativa. Tomado de "Proyecciones de la Población de México 2000-2050"; CONAPO, 2002, la estructura de la población por entidad federativa de la muestra censal del XII Censo de Población y Vivienda. INEGI 2000. El total puede no coincidir con la suma de los parciales, debido al redondeo de cifras.



el proceso para operar el SPS en las nuevas entidades federativas, ni tampoco la ausencia de Acuerdos de Coordinación, ya que se le continuó denominando etapa piloto que terminaría el 31 de diciembre de 2003, un día antes de entrar en vigor el Sistema de Protección Social en Salud.

Para conocer el funcionamiento de la fase piloto,<sup>52</sup> se realizó una evaluación del SPS, que abarcó el período del 15 de abril al 15 de octubre de 2002, sus resultados fueron importantes para mejorar su operación en las 21 entidades federativas que para finales del 2002 se incorporaron al SPS.<sup>53</sup> Los aspectos más destacados de esta primera evaluación fueron los siguientes:

1. Superar el número de asegurados tanto en los estados pilotos como en los de nueva inclusión al SPS.<sup>54</sup>

2. Reducir entre el personal de las unidades médicas de salud pública, la percepción de incluir a las familias afiliadas al SPS incrementa las cargas de trabajo.

3. Crear un sistema administrativo de recursos del SPS, ya que no se tenía claro el abasto de medicamentos lo que provocó problemas para surtir las recetas médicas, especialmente cuando el SPS promueve en virtud de la “Carta de Derechos y Obligaciones de los Asegurados 2002” que los beneficiarios tienen derecho a recibir el 100 por ciento de los medicamentos prescritos que están incluidos en el paquete de servicios, el cual incluía 191 medicinas.

4. La evaluación detectó otro problema serio en relación al alcance del pago solidario (subsidio) ya que su viabilidad financiera se reduce cual mayor sea el problema de salud o demanda de atención especializada. El SPS reduce la prestación de servicios médicos aún Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME) que para el 2002 incluía solo 78 intervenciones, lo que significa que el Seguro Popular de Salud no atiende enfermedades si no se encuentran clasificadas, desprotegiendo a la población que requiera atención médica de tercer nivel. Este hecho puede influir en la economía familiar e incrementar los gastos en salud ya que a ello se le sumaría el pago del SPS.

---

<sup>52</sup> La fase piloto duró de octubre de 2001 a diciembre de 2003. El Secretario de salud Julio Frenk informó que los proyectos iniciales del seguro popular empezarían el 1 de octubre de 2001 y se echaría a andar en todo el país en 2002. El Economista viernes 28 de septiembre de 2001.

<sup>53</sup> Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Evaluación Seguro Popular, enero-agosto 2003.

<sup>54</sup> “En los estados pilotos la afiliación alcanza cerca del 15% del total de la población en las áreas objetivo, lo cual señala una alta eficiencia en la afiliación”, Secretaría de Salud, Informe de la Evaluación del Seguro Popular de Salud, México, octubre 2002, pág. 29.

Otra de las encuestas fue la Encuesta Nacional de Evaluación de Desempeño 2002-2003 (ENED)<sup>55</sup>, midió los siguientes indicadores: 1. Las condiciones de Salud, 2. Trato,<sup>56</sup> 3. Justicia en el financiamiento y desempeño de los sistemas de salud en las 32 entidades federativas.

La medición se realizó con parámetros propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), pero es importante resaltar que se hicieron algunas modificaciones para comprobar las condiciones de salud tomando como indicadores “la auto-percepción del estado de salud y la prevalencia de limitaciones en la movilidad y el autocuidado”.<sup>57</sup>

Respecto a la evaluación de la justicia en el financiamiento de los servicios de salud, se utilizaron como indicadores:

-El porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud.

-El índice de justicia financiera.

-El porcentaje de hogares con seguro de salud.

Los gastos catastróficos se definen como todo aquel que está destinando el hogar para el pago de la salud de sus miembros, que es mayor al 30 por ciento del gasto total.

La ENED detectó que Chiapas, Durango y Michoacán son las entidades con los porcentajes más altos de hogares con gastos catastróficos con 7.28, 7.00 y 6.74 por ciento respectivamente; mientras que los estados de Yucatán

---

<sup>55</sup> Entre noviembre de 2002 y abril 2003 se llevó a cabo el trabajo de campo de la ENED 2002, la cual recogió información de más de 38 mil hogares de todo el país. La ENED 2002 fue coordinada por la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño y para su ejecución contó la Colaboración del Instituto Nacional de Salud Pública en el trabajo de campo y de la OMS para el diseño del instrumento.

<sup>56</sup> “Para la evaluación del trato la OMS propone utilizar mediciones de lo que ha llamado trato adecuado, este indicador se descompone en ocho ámbitos a saber:., trato digno, comunicación, autonomía, confidencialidad en el manejo de la información, atención pronta, calidad de los servicios generales y elección del probador de la atención en el primer nivel. Para la obtención hospitalaria sugiere agregar además el acceso a redes sociales de apoyo. Los ocho ámbitos de este indicador fueron evaluados en la ENED 2002”.

<sup>57</sup> “En el caso de las condiciones de salud, la OMS propone utilizar indicadores que resuman la mayor cantidad posible de eventos de atención a la salud, como la esperanza de vida al nacer, la esperanza de vida saludable (EVISA), la sobrevivencia de los menores de 5 años, la mortalidad de los adictos o la auto-percepción del estado de salud. En todos estos casos el indicador debe dar cuenta tanto del nivel promedio alcanzado por la población bajo estudio como de su distribución entre los distintos grupos de la sociedad”.

con 1.38 y Colima con 2.24 cuentan con los porcentajes más bajos en gastos catastróficos en salud.

Ahora bien:

1. Se definió como hogar con gasto catastrófico a todo aquel que destina más del 30% de su capacidad de pago al financiamiento de la salud de sus miembros.

2. El índice de justicia varía de 0 a 100 indica que el sistema de salud es completamente equitativo.

3. Se refiere a los hogares cuyo jefe de familia reportó haber tenido algún esquema de aseguramiento ya fuera social o voluntario. ENED 2002, DGIED, Secretaría de Salud Pública.

4. El porcentaje de aprobación se refiere a que el dominio fue calificado como bueno o muy bueno por la población encuestada.

El índice de justicia en la contribución financiera “mide el grado de equidad en el financiamiento del sistema de salud. El sistema de salud es justo o equitativo en la medida en que el gasto en salud se distribuye proporcionalmente en relación a la capacidad de pago de los hogares, independientemente de su nivel socioeconómico. El índice de justicia varía entre 0 y 100 como ya se mencionó. Un valor de 100 indica que el sistema de salud es completamente equitativo.”<sup>58</sup> De acuerdo con la ENED 2002, los sistemas estatales de salud más justos son los de Yucatán y Colima con 89.6 y 88.29 por ciento respectivamente; y menos justos son los de Zacatecas con 81.3 y Durango con 82.21 por ciento.

Un hogar con seguro de salud es aquel “cuyo jefe reportó haber tenido algún esquema de aseguramiento ya fuera social o voluntario. El porcentaje de hogares asegurados se calculó dividiendo los hogares asegurados entre el total de hogares.”<sup>59</sup> Guerrero y Chiapas tienen los porcentajes más bajos de aseguramiento con 20.81 y 22,33 por ciento, respectivamente, frente a 75.91 en Nuevo León y Coahuila con 66,73 por ciento de hogares con seguro de salud.

En el último trimestre 2002, a nivel nacional sólo 45.3 de los hogares contaba con algún tipo de aseguramiento, mientras que el restante 54.7 por ciento estaban fuera de la seguridad social formal en salud.

---

<sup>58</sup> Encuesta Nacional de Evaluación del desempeño 2002 (ENED 2002). Dirección general de Información y Evaluación del Desempeño (DGIE), Secretaría de Salud, pág. 172.

<sup>59</sup> Op, cit, pág. 174.

### 3.6.3. Tipos de seguridad social en México para población abierta

La seguridad social en México responde a un pacto realizado entre Estado y sociedad que permitió a que a lo largo de la segunda mitad del siglo XX se consolidaran políticas sociales en: educación, trabajo, vivienda salud con el objeto de reducir las desigualdades producto del mercado, a través de un “gasto social redistributivo”.

El amparo de esta concepción se crearon el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)<sup>60</sup> en 1943, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1959, Estas instituciones han ofrecido servicios en salud mediante tres vías:

1. El IMSS cubre a los asalariados de las empresas privadas en el sector formal de la economía y sus familiares, y a un pequeño grupo de asalariados del campo y trabajadores agrícolas regímenes especiales.
2. El ISSSTE atiende a los trabajadores del sector público y sus dependientes. Los casos del ISSSFAM y PEMEX cubren a la población de referencia.
3. La población no incluida en estos sistemas, como población que labora en los sectores informales urbanos, trabajadores por cuenta propia del campo y talleres son cubiertos por instancias como la secretaría de Salud, DIF e IMSS-Oportunidades.

Los servicios de salud del IMSS y del ISSSTE se basan en esquemas mutualistas (cotización proporcional al salario e impuestos progresivos sobre el ingreso), financiados principalmente a través de cuotas obrero-patronales y aportaciones de gobierno, derechos sociales garantizados por la obtención de un empleo asalariado legalmente reconocido.

En el caso de quienes no tengan un empleo formal con acceso a seguridad social, el Estado ha estructurado desde 1943 un sistema de salud para la denominada población abierta, en donde el usuario al servicio médico y medicamentos a través de una cuota de recuperación. Este sistema de cobro se aplica en la Secretaría de Salud, Sistema Integral para el Desarrollo Integral de la Familia y Sistemas Estatales de Salud. En el caso de los programas sociales, actualmente se aplican métodos de selección focalizada que incorporan a la población más necesitada.

---

<sup>60</sup> Actualmente Secretaría de Salud.

El IMSS, ISSSTE, Petróleos, Ejército, etc., ofrecen servicios médicos a sus asegurados en tres niveles de atención: unidades de medicina familiar (primer nivel), hospitales generales (segundo nivel) y hospitales especializados (tercer nivel). Los niveles segundo y tercero proporcionan servicios de hospitalización. Estas instituciones no cobran por el servicio prestado y además ofrecen estudios de laboratorio, y medicamentos prescritos.

El IMSS, como ya se ha manejado a lo largo del presente maneja dos regímenes de afiliación el obligatorio y el voluntario.

SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA, garantiza a los beneficiarios del asegurado el otorgamiento de las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad durante el período cubierto por la cuota, las cuales se determinan aplicando el 22.4 por ciento al monto anual del salario mínimo en vigor por 365 días. El Gobierno Federal cubre mensualmente por cada núcleo familiar o por cada familiar adicional asegurado una cuota diaria equivalente al 13.9 por ciento de un salario mínimo general del Distrito Federal vigente. La cantidad inicial que resulte se actualizará trimestralmente de acuerdo a la variación del índice nacional de precios al consumidor.

SEGURO DE SALUD PARA TRABAJADORES MEXICANOS EN EL EXTRANJERO, garantiza que los trabajadores mexicanos que se encuentren laborando en el extranjero o sus familiares residentes en la República Mexicana puedan contratar un seguro cuya vigencia es de un año, que proteja a los familiares y al trabajador cuando se ubique en el país. Este seguro incluye los siguientes servicios: consulta médica familiar o de especialista, hospitalización, intervenciones quirúrgicas, atención por maternidad, análisis de laboratorio y rayos X, medicamentos, leche para el recién nacido por seis meses y canastilla al nacer.

IMSS-OPORTUNIDADES es un programa desconcentrado de la Secretaría de Salud y administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social “que promueve el derecho a la salud de los mexicanos que no cuentan con acceso a los servicios de seguridad social”, proporcionando servicios de salud integral de 1° y 2° nivel a la población marginada rural (abierta) que resida en el ámbito de operación del Programa IMSS-Oportunidades.

PROGRAMA DE DESARROLLO HUMANO OPORTUNIDADES. Componente de Salud, este programa busca a través de la focalización de los subsidios mejorar la educación, alimentación, nutrición e ingreso de los hogares en condición de pobreza extrema, que se localizan en zonas rurales y urbanas con altos niveles de marginación.

PROGRAMA DE AMPLIACION DE COBERTURA (PAC), este programa otorgaba el Paquete Básico de Servicios de Salud, a la población

localizada en zonas de alta marginación, a través de dos estrategias de operación: la ampliación geográfica y funcional. La primera acercó los servicios a los habitantes de las localidades apartadas y de difícil acceso por medio de equipos de salud itinerantes. La vertiente funcional extendía la capacidad de los servicios de primer nivel en zonas con acceso parcial a éstos, construyendo unidades de atención o realizando acciones de conservación, mantenimiento y ampliación. En el 2003 el PAC se incorporó al Programa de Calidad de Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES), cambiando su estrategia por la de un programa de financiamiento estratégico.

PROGRAMA DE CIRUGIA EXTRAMUROS (PCE), se transforma en el 2002 en el Programa de Atención Médica Especializada a la Comunidad (PAMEC), apoya a la población de escasos recursos con problemas discapacitantes, a través de campañas de cirugías especializadas en la que intervienen médicos especialistas con equipos médicos avanzados.

PROGRAMA DE SALUD Y NUTRICION PARA LOS PUEBLOS INDIGENAS, este programa se circunscribe en la estrategia dos del Plan Nacional de Desarrollo “reducir los rezagos de salud que afectan a los pobres”, se instrumenta con más de 40 por ciento de la población hablante de lenguas indígenas.

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF). El DIF brinda apoyo a los grupos sociales en situación vulnerable como niños, niñas, adolescentes, mujeres, indígenas migrantes, desplazados migrantes, adultos mayores en desamparo, personas con algún tipo de discapacidad o necesidades especiales, dependientes de personas privadas de su libertad, alcohólicos, farmacodependientes, indigentes y personas afectadas por los fenómenos naturales.

#### **3.6.4. Caracterización del Seguro Popular en el 2003 y transformación en ejecutor del Sistema de Protección Social en Salud**

El seguro popular de salud, inició su fase piloto en octubre de 2001 y constituye el “brazo operativo” del Sistema de Protección Social en Salud a partir del 1° de enero de 2004, cuando entraron en vigor las adiciones a la Ley General de Salud (artículos 3° bis, 77 bis- 1 al 77 bis -41)<sup>61</sup>, que sustentan las acciones de protección social en salud que ofrecerán las entidades federativas.

---

<sup>31</sup>Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, México, 15 de mayo de 2003.

El Seguro Popular de Salud es definido como “un instrumento para brindar protección financiera a los mexicanos, ofreciendo una opción con criterios de aseguramiento público en materia de salud a familias y ciudadanos que por su condición laboral y socioeconómica no son derecho habientes de las instituciones de seguridad social”.<sup>62</sup> Su principal objetivo reducir el gasto de bolsillo de las familias afiliadas. En el año 2003 este objetivo se mantuvo como punto de partida para el diseño de las reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa salud para Todos (Seguro Popular de Salud), sin embargo, se modificaron algunos criterios de ejecución, que se comentan a continuación.

El programa atiende de manera prioritaria a las familias de los seis primeros deciles de la distribución de ingreso que no son derechohabientes de la seguridad social, residentes en el territorio nacional y que tengan acceso a unidades de salud con capacidad y calidad suficiente para ofrecer la prestación de los servicios médicos considerados en el Catálogo de Beneficios Médicos. Como se señaló este catálogo comprende 78 intervenciones que se consideran como los servicios de mayor demanda por la población, clasificadas en seis rubros:

1. Servicios de medicina preventiva.
2. Servicios de consejería médica, psicológica, dieta y ejercicio.
3. Servicio de consulta externa.
4. Servicio de salud reproductiva.
5. Servicio de odontología.
6. Servicio de urgencias, hospitalización y cirugía.

El financiamiento del Seguro Popular de Salud, proviene de dos fuentes:

1. Subsidio federal por familia.
2. Cuotas por familia según decil de ingreso.

---

<sup>62</sup> Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), viernes 4 de julio de 2003.

El Gobierno Federal destina un subsidio base por familia afiliada el cual se calcula a partir del costo per cápita promedio del Catálogo de Beneficios Médicos, estimado para cada estado, menos el monto per cápita de recursos fiscales destinados a la prestación de servicios personales de salud vía ramo 33 y 12. El monto que por concepto de subsidio se remita a los Servicios Estatales de Salud, será el correspondiente al per cápita estatal multiplicado por el número promedio estatal de miembros por familia según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2000.

Se determinó que los montos de las cuotas del Seguro Popular de salud fuesen menores a los gastos de bolsillo reportados por la Encuesta de Ingreso Gasto a los Hogares por decil de ingreso y, de acuerdo a las posibilidades económicas de la familia, que eligiera el periodo de cobertura trimestral, semestral o anual.

Por regla, las familias que afilia el Seguro Popular de Salud pertenecen a los primeros seis deciles de ingreso y, de acuerdo a las cuotas asignadas, éstas no deberán ser mayores al 30 por ciento de los ingresos familiares.

El financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud se integra por recursos que asignan la Federación, las entidades federativas y cuotas de los beneficiarios. El Gobierno Federal cubre anualmente una “cuota social” por cada familia, equivalente al 15 por ciento de un salario mínimo vigente diario en el Distrito Federal que se actualiza trimestralmente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor. También se realiza por parte del Gobierno federal y las entidades federativas una “aportación solidaria” por cada familia beneficiaria; para el caso del Gobierno Federal se distribuirá a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona, calculado mediante la fórmula establecida, la aportación representará al menos una y media veces el monto de la cuota social. A las entidades federativas les corresponde proporcionar la mitad de la cuota social proporcionada por el Gobierno Federal<sup>63</sup>.

Con la constitución del Sistema de Protección Social en Salud, el número reintervenciones del Catálogo de Beneficios Médicos, fue sustituido por el Catálogo de Servicios Esenciales pasando de 78 a 91 intervenciones y de 165 a 168 medicamentos. Cabe mencionar que dicho Sistema no atiende los padecimientos no incluidos en dicho Catálogo.

En el primer semestre de operación como Servicio de Protección Social en Salud afilió a través del Seguro Popular a 799,902 familias, logrando un

---

<sup>63</sup> Plan Nacional de Desarrollo, Centro de Estudios Sociales y Opinión Pública, México 2005.



avance significativo en los estados de Colima con el 100 por ciento de cobertura, Tabasco con 65.2, Sinaloa 46.2, Baja California Sur 38.3 y Tamaulipas con 36.9 por ciento de afiliación en relación a las familias no derechohabientes.

Los indicadores que miden el avance del Sistema de Protección Social en Salud son:

- a. Presupuesto ejercido.
- b. Número de familias afiliadas.
- c. Número de personas afiliadas.
- d. Familias afiliadas incorporadas al Programa Oportunidades.
- e. Número de familias afiliadas en comunidades indígenas.
- f. Número de familias afiliadas en regiones de alta y muy alta marginación.
- g. Número de familias por decil de ingreso.
- h. Monto promedio de cuotas por familia beneficiaria.
- i. Tasa de reafiliación.
- j. Número de unidades médicas incorporadas al Sistema de Protección Social en Salud.

## **CAPITULO CUARTO**

### **PROPUESTA OPTIMIZAR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS DENTRO DEL SEGURO POPULAR Y, DESAPARICION DEL DENOMINADO SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA**

#### **4.1. Especialidades para la atención de enfermedades crónicas y/o cualquier otra enfermedad que requiera atención médica especializada y trato constante del paciente respecto de tratamiento y medicina dentro del denominado Seguro Popular**

Ahora bien, después de haber establecido los principales conceptos relacionados con la seguridad social y comprender su origen, hasta llegar al marco jurídico que regula lo relativo al derecho a la salud que gozan todas las personas, es necesario enfocarnos a plantear entonces una optimización con el efecto de que se cumplan los fines que persiguen las instituciones encargadas de brindar la atención médica, así como en su caso cuestionar la existencia de otra como veremos más adelante.

##### **4.1.1 Optimizar los servicios en las diversas especialidades para el trato de enfermedades crónicas y degenerativas y/o otras enfermedades en el denominado Seguro Popular**

Tenemos que a seguridad social en México responde a un pacto realizado entre Estado y sociedad que permitió que a lo largo de la segunda mitad del siglo XX se consolidarán políticas sociales en: educación, trabajo, vivienda y salud con el objeto de reducir las desigualdades producto de la dinámica del mercado, a través de una “gasto social redistributivo”.

El Estado mexicano estructuró desde 1943, un sistema de salud para la población abierta, en donde el usuario paga el servicio médico y medicamentos a través de una cuota de recuperación. Este sistema de cobro se aplica en la Secretaría Integral para el Desarrollo Integral de la Familia y Sistemas Estatales de Salud.

El Seguro Popular de Salud como parte fundamental del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) es un instrumento de la política social del Estado para reducir la tensión entre equidad e inequidad y se justifica con explicaciones de corte político, jurídico, social y económico-financiero.

La estrategia del Sistema Nacional de Salud es asegurar a toda la población mediante tres esquemas: el Seguro Popular, la Ampliación de la afiliación al Seguro Social y el prepagado privado.

El Seguro Popular de Salud (SPS) es un instrumento de transferencia de subsidios a través de un paquete de servicios médicos. Su objetivo es proteger a la población que no cuenta con seguridad social formal y con alto riesgo al empobrecimiento por gastos en salud.

El punto central del esquema de aseguramiento del SPS es la reducción del gasto de bolsillo, entendiendo a éste como el gasto realizado por una familia pro concepto de consultas médicas y compra de medicamentos. El gasto de bolsillo en salud tiene mayor impacto en las familias de bajos ingresos, por lo que incrementa la desigualdad social, según los últimos reportes realizados por la Secretaría de Salud.

El Seguro Popular de Salud pretende erradicar lo que consideran vicios del modelo benefactor mediante las siguientes acciones:

1. Distribuir equitativamente el gasto en salud para reducir las diferencias entre las personas y los grupos. Este aspecto no está relacionado con los recursos que se necesitan ni con la forma en la que se usan.
2. Garantizar el derecho constitucional de la protección a la salud.
3. Atender a la población excluida de las instituciones de salud.
4. Alcanzar la universalidad de la protección social.
5. Trasladar los gastos en salud a las entidades federativas.
6. Financiar la salud con recursos privados.

Se afirma que el esquema de prepago del Seguro Popular por parte de la población abierta brindará protección financiera a los pobres, sobre todo ante eventos catastróficos. Numerosas familias pobres no tienen los recursos para prepagar su afiliación al Seguro Popular, por lo que la protección tendrá alcance limitado.

El Seguro Popular de Salud está supeditado al principio del federalismo, que otorga libertad y soberanía de cada entidad federativa; por lo que un programa federal no puede ejecutarse si previamente no se ha establecido un Acuerdo de Coordinación u otra disposición jurídico-administrativa sobre la materia.

El financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se integra por recursos que asignan la Federación, las entidades federativas y cuotas de los beneficiarios. El Gobierno Federal cubre anualmente una “cuota social” por cada familia, equivalente al 15 por ciento de un salario mínimo

vigente diario en el Distrito Federal que se actualiza trimestralmente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor. También se realiza por parte del Gobierno Federal y las entidades federativas una “aportación solidaria” por cada familia beneficiaria; para el caso del Gobierno Federal se distribuirá a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona, calculado mediante la fórmula establecida, la aportación representará al menos una media y media veces el monto de la cuota social. A las entidades federativas les corresponde proporcionar la mitad de la cuota social proporcionada por el Gobierno Federal.

El SPS como ejecutor del Sistema de Protección Social en Salud, introduce una nueva distribución de los recursos para las entidades federativas, los fondos de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSA-P) y de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASSA-C).

En el primer semestre de 2004 el SPSS afilió a través del Seguro Popular a 799,902 familias, logrando un avance significativo en los estados de Colima con el 100 por ciento de la cobertura, Tabasco con 65.2, Sinaloa 46.2, Baja California Sur 38.3 y Tamaulipas con 36.9 por ciento de afiliación en relación a las familias no derechohabientes<sup>64</sup>.

El Plan Maestro de Infraestructura es el instrumento rector al que se sujetarán los Servicios Estatales de Salud, con el fin de racionalizar la inversión pública en infraestructura y garantizar la operación sustentable, así como definir las características de los centros regionales de alta especialidad.

Si como bien la legislación aplicable a la materia establece entre otras cosas lo relativo a la elaboración del mencionado Plan Maestro de Infraestructura, en el que deberán considerarse, al menos, las necesidades de salud de la población, las características socioculturales, demográficas, epidemiológicas, información sobre accesibilidad y utilización de servicios, así como los criterios que para el Modelo Integrado de Atención a la Salud defina la Secretaría.

El Plan Maestro de Infraestructura deberá considerar un panorama de diez años y en su contenido se deberá especificar lo relativo a la remodelación, equipamiento de alta tecnología y obra nueva en infraestructura física para la prestación directa, a través de los establecimientos públicos para la atención médica del Sistema.

---

<sup>64</sup> Plan Nacional de Desarrollo, Centro de Estudios Sociales y Opinión Pública, México 2005.

La planeación de nuevos establecimientos para la atención médica y la adquisición de nuevas tecnologías, para su inclusión en el Plan Maestro de Infraestructura, deberá sustentarse en el certificado de necesidad que será expedido por la Secretaría, en los términos que para el efecto establezca, tomando en consideración los siguientes parámetros:

- I. Proyecciones demográficas y epidemiológicas de la población;
- II. Comparación del costo-efectividad de los proyectos alternativos existentes;
- III. Relación de la oferta existente;
- IV. Necesidades especiales de las familias beneficiarias;
- V. Comparación de las tendencias de utilización u ocupación de los otros prestadores de servicios en el área;
- VI. Disponibilidad de recursos financieros;
- VII. El flujo de liquidez proyectado que debe asegurar la viabilidad financiera;
- VIII. Aspectos ambientales y culturales relacionados con el proceso de atención, y
- IX. Características arquitectónicas y de operatividad relacionadas con las costumbres, el clima y las condiciones geográficas.

En la aprobación para la construcción de nuevos establecimientos para la atención médica dentro del Sistema, se dará prioridad a aquellas regiones en donde los indicadores de recursos físicos y humanos se encuentren por debajo de lo que se estima necesario dadas las necesidades de salud de la población (artículo 38 del Reglamento de la Ley General en Salud en materia de Protección Social en Salud).

Los aspectos tecnológicos del equipamiento de los establecimientos para la atención médica participantes en el Sistema, se sujetarán a los lineamientos que para el efecto emita la Secretaría, en apego al Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico elaborado por el Consejo de Salubridad General, procurando la adquisición y utilización de equipos con garantía de mantenimiento preventivo y correctivo en el nivel local.

Establecer la forma y términos de los convenios que suscriban los estados y el Distrito Federal entre sí y con las instituciones públicas del Sistema

Nacional de Salud con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios;

Para la determinación de los servicios esenciales del Sistema, la Comisión seleccionará las intervenciones respectivas, por tipo de establecimiento para la atención médica, de manera que progresivamente se incrementen. Para dar cumplimiento a los servicios del citado Sistema, la secuencia y alcances de cada intervención deberán establecerse con base en los siguientes criterios:

I. Incluir las acciones de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida, así como las correspondientes a diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, vinculadas con las necesidades de salud derivadas del perfil epidemiológico del país;

II. Considerar la sustentabilidad financiera del Sistema;

III. Tomar en cuenta las necesidades de salud recurrentemente solicitadas en los servicios públicos de salud disponibles;

IV. Prever la secuencia y el nivel de atención médica de los servicios, según la capacidad resolutive de las instalaciones médicas y las necesidades de atención individuales;

V. Establecer las intervenciones cubiertas, a manera de catálogo;

VI. Contemplar los medicamentos asociados a los tratamientos, los cuales deberán estar incluidos en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector Salud, deberán ser prescritos por el médico conforme a lo establecido en los protocolos o guías clínico-terapéuticas que se apliquen para cada intervención, y sujetando la dotación de medicamentos a lo señalado en la receta;

VII. Tomar como principios fundamentales la equidad y la justicia distributiva, y

VIII. Promover un trato digno y respetuoso.

Para facilitar que el proceso de priorización se realice atendiendo a criterios de aceptabilidad social, la Comisión promoverá la participación e incorporará las opiniones de los profesionales del Sistema Nacional de Salud y establecerá mecanismos que permitan la participación de la población beneficiaria en el diseño y evaluación de los servicios.

De manera adicional a la prestación de servicios esenciales de salud, los Regímenes Estatales podrán establecer conjuntos complementarios de servicios considerando elementos de carácter epidemiológico, necesidades específicas de grupos poblacionales, factores de acceso geográfico y condiciones climatológicas, factores culturales u otros aspectos que ameriten ajustes a las condiciones y la problemática local de salud. El financiamiento de dichos servicios correrá a cargo de los gobiernos de las entidades federativas.

Los Regímenes Estatales garantizarán la prestación de los servicios de salud a la persona de forma directa a través de los establecimientos para la atención médica de los Servicios Estatales de Salud o de forma indirecta a través de los establecimientos para la atención médica de otras entidades federativas o de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud.

La prestación indirecta de los servicios de salud a la persona entre Regímenes Estatales se realizará por medio de los sistemas de referencia y contrarreferencia que se establezcan de conformidad con los mecanismos o sistemas de colaboración interestatal del Sistema que para el efecto se establezcan.

Para garantizar la prestación de los servicios de salud a la persona del Sistema, los Regímenes Estatales podrán brindarlos indirectamente a sus beneficiarios por medio de las instituciones y los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud. Dicha prestación indirecta se realizará bajo los términos de los convenios de colaboración interinstitucional que al efecto se suscriban y en los cuales se incluirán las bases para la compensación económica<sup>65</sup>.

La Secretaría proveerá el modelo de convenio de colaboración interinstitucional para la prestación indirecta de servicios de salud a la persona a los beneficiarios del Sistema.

Los Servicios Estatales de Salud podrán establecer convenios de colaboración con municipios, para su participación en el Sistema. Los convenios, sin perjuicio de la normatividad estatal aplicable, determinarán como mínimo las áreas de colaboración, las aportaciones económicas estatales y municipales, y los mecanismos de participación de las autoridades municipales en el Régimen Estatal.

---

<sup>65</sup> Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, Agenda de Salud, Sexta Edición, Grupo ISEF, México 2006.

Para garantizar el carácter integral de los servicios, los Regímenes Estatales considerarán los establecimientos para la atención médica en términos de redes de servicios. Las redes de servicios deberán garantizar la continuidad de cuidados, el máximo nivel de resolución en atención primaria, la provisión de medicamentos, la especialización de los profesionales de la salud y constituirse sobre referencias poblacionales y geográficas.

Como se puede ver el Sistema de Protección Social en Salud si bien tiene como finalidad únicamente la atención de la población no asegurada en ninguna otra institución de seguridad social.

Lo anterior, mediante una cuota establecida de acuerdo a un estudio socioeconómico practicado a las personas que ingresan al mismo, para evitar el gasto de bolsillo excesivo y pueden tener acceso a los servicios de salud.

En atención a lo ya citado se puede observar se trata de buscar un bienestar social, que como se vio a lo largo del presente es el punto medular que da causa a la creación de conceptos tales como la seguridad social cuya finalidad primordial como instrumento jurídico y económico es para el Estado para abolir la necesidad y garantizar a todo ciudadano el derecho a su ingreso para vivir y a la salud, a través del reparto equitativo de la renta nacional y por medio de prestaciones del seguro social al que contribuyen los patronos, los obreros y el Estado, o alguno de éstos, como subsidios, pensiones y atención facultativa, y de servicios sociales, que otorgan de los impuestos las dependencias de aquel, quedando amparados contra los riesgos profesionales y sociales, principalmente de las contingencias de la falta o insuficiencia de ganancia para su sostenimiento y el de su familia”.<sup>66</sup>, así también tenemos que el seguro social que al ser un instrumento de la seguridad social mediante la cual se tiende a garantizar, solidariamente organizados los esfuerzos del Estado y la población económicamente activa, para atender a los riesgos y contingencias a que están expuestas y aquellas que de ella dependen a fin de lograr el mayor bienestar social, biológico, económico y cultural posible, que permita a todos una vida cada vez más auténticamente humana”.<sup>67</sup>

Debe también considerarse que la protección en salud es un mecanismo por el cual el Estado va a garantizar el acceso efectivo y oportuno de salud, sin que las personas que deseen afiliarse al mismo sufran un desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de

---

<sup>66</sup> ARCE CANO, Gustavo, Los Seguros Sociales en México, Botas, México, 1998, pág. 43.

<sup>67</sup> GONZALEZ DIAZ, Francisco, El Derecho Social y la Seguridad Social Integral, UNAM, México 1973, pág. 134.



rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social, contemplándose como mínimo los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención. Por tanto, el Sistema de Protección Social en Salud se va a entender como en conjunto de acciones de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, tendientes a la obtención de servicios en salud a la que tienen derecho todos los mexicanos de acuerdo a lo preceptuado en nuestra Carta Magna en su artículo 4°.

Finalmente se cuenta con organismos creados con el propósito de proteger a la clase económicamente débil, brindándoles atención médica, cubriendo los riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, jubilación, cesantía en edad avanzada, etcétera, contemplando también a los posibles beneficiarios, otorgándoles en su caso servicios de carácter médico, así como acceso a establecimientos para la recreación y compra de artículos, y si bien es cierto que la seguridad social es el medio para garantizar que la colectividad no caiga en un estado de necesidad, protegiéndolo de las contingencias sociales.

Si partimos que la protección a la clase económicamente débil es la base principal de la seguridad social, debe entonces considerarse que si bien es cierto existen instituciones creadas con el objetivo de dar cumplimiento a lo establecido en el precepto constitucional que otorga a toda persona el derecho a la salud, es también claro establecer que las instituciones se han repartido dicha labor con la finalidad de que cada sector goce de tal derecho consagrado en la Carta Magna.

Es importante destacar entonces que si bien también se brinda atención a personas no afiliadas dentro del mismo en su régimen de carácter obligatorio, también lo es, que era indispensable la creación de otra figura jurídica que contemplara de manera más amplia a dicho sector no derecho habiente de otras instituciones, que ofrezca opciones más viables y acordes a las condiciones económicas de la población abierta, que les permita el acceso a la protección en salud con sus respectivos servicios.

Ahora bien, de acuerdo a las circunstancias actuales que se vive que dichas prestaciones no sean limitativas a rubros específicos enmarcados en la legislación como son en su caso, cuadros básicos de medicamentos y de enfermedades que restringen entonces los beneficios para quien ingrese a dicho Sistema, ya que la ley enmarca que todo aquello que no se encuentre contemplado en dichos cuadros básicos no será entonces considerado para ser tratado o atendido, lo que deja a la deriva la finalidad para la que fue creado el seguro popular, por lo que es imprescindible que para poder llevar a cabo su

labor, se optimicen sus servicios, ampliando dichos esquemas para que en la práctica no existan negativas relativas a las prestaciones que otorga dicho Sistema.

Si bien, como parte sustancial de los beneficios del Sistema, la Comisión, en coordinación con los Regímenes Estatales, promoverá una política de medicamentos tendiente a reducir los costos de adquisición, favorecer sistemas eficientes de abasto y reposición de medicamentos y el uso racional de los mismos en la prescripción y consumo en los establecimientos para la atención médica del Sistema. No obstante se insiste dicha política debe contemplar criterios más amplios que permitan el acceso a la atención médica y demás servicios que brinda el mismo y no dar lugar a una negativa por no contemplarse dentro de los esquemas citados en sus cuadros básicos.

Tenemos que dentro de la Ley General de Salud, se contempla que los Regímenes Estatales se encargaran de asignar a cada familia beneficiaria a un centro de salud, así como un médico de familia, para su atención primaria y en caso de existir más de una opción se les brindará la facilidad de elegir su unidad de adscripción o su médico de familia, lo cual se da en virtud de que la Secretaría de Salud tiene el control directo de dichos centros, así como de hospitales generales que de acuerdo a la acreditación previa otorgada por la misma, tengan la autorización para implementar el Seguro Popular, lo que nos lleva a tornar esta situación desfavorable ya que hace inminente la necesidad de crear establecimientos propios de tal Sistema, que sean la estructura sobre la cual tenga aplicabilidad, puesto que la implementación del mismo en estructuras previas produce inestabilidad en relación a que provocan una saturación de los servicios en salud, así como la falta de abasto del personal encargado de prestar tales servicios, por lo que tal situación torna ineficaz la aplicación del sistema en una infraestructura médica no propia sino perteneciente ya a otras instituciones del Sistema Nacional de Salud quienes previa acreditación ante la celebración de convenios entre los diversos Regímenes Estatales.

Dentro de la perspectiva del Seguro Popular tenemos que primordialmente la atención y servicios brindados dentro del mismo se adapta a un cuadro básico de servicios y medicamentos que no incluye todas las especialidades médicas y por tanto todos los que no se encuentren dentro del mismo, no pueden ser cubiertos, lo que implica una deficiencia dentro de dicho sistema y por tanto acarrea que la necesidad inminente en salud no se adecue por completo a lo exigido por la población que se integra a esta con la finalidad de recibir un servicio médico a un costo económico, por lo que es indispensable que se considere este factor determinante para el perfecto funcionamiento de dicho seguro, el cual debe optimizar los servicios que presta y ampliar en este aspecto para lograr así un pleno desarrollo y cumplir con los fines para el que fue creado.

Más importante aún de considerar que el Seguro Popular no cuenta con instalaciones propias en donde poder cumplir sus funciones ya que dicho sistema está implementado en los hospitales y clínicas de la Secretaría de Salud, lo que conlleva inequidad e ineficiencia de los servicios así que sería indispensable la creación de una infraestructura independiente para poder solventar las necesidades del sector inscrito en el mismo.

Consideramos importante hacer mención a una reciente implementación al Seguro Popular, el denominado Seguro Médico para una Nueva Generación está orientado a que los niños mexicanos, todos los niños que nacieron a partir del día 1° de diciembre en el territorio nacional, para que los mismos cuenten con un seguro médico que proteja a su salud.

En razón a lo anterior el actual Presidente de México, Felipe Calderón Hinojosa, el primero de diciembre de 2006, durante su discurso de toma de posesión en el Auditorio Nacional, instruyó a su Gabinete Social a poner en práctica, un programa orientado a que todos los niños mexicanos, que nacieran a partir de ese día (1° de diciembre) en el territorio nacional, para que contaran con un seguro médico de salud.

En ese mismo sentido, el Presidente Calderón desde el municipio de Yautepec, Morelos, instauró el Seguro Médico para una Nueva Generación, el cual tiene como objetivo ofrecer cobertura médica (consultas, tratamientos y medicinas) a todos los niños mexicanos nacidos en territorio nacional a partir del 1° de diciembre de 2006, y que no se encuentran adscritos en ningún esquema de seguridad social tradicional como el IMSS o el ISSSTE.

El Seguro Popular, del Sistema Nacional de Salud, por jugar un papel muy importante como hemos venido haciendo notar a lo largo del presente dentro de los esquemas de seguridad social en salud que actualmente ofrece el Gobierno Federal, el cual recordemos consiste en brindar protección social en salud a toda la población no derechohabiente de los esquemas de seguridad social tradicional como el IMSS o el ISSSTE.

Ante el reto de un Seguro Médico para una Nueva Generación, el Seguro Popular garantiza la afiliación en todo momento a las familias que así lo soliciten y cuenten con al menos un niño mexicano nacido en territorio nacional a partir del 1° de diciembre pasado.

Así tenemos, para afiliar a un recién nacido se:

Deberá acudir a uno de los Módulos de Afiliación y Orientación ubicados generalmente en los Centros de Salud, Hospitales más cercanos a su domicilio y/o Jurisdicciones Sanitarias.

Teniendo la posibilidad de afiliar a toda su familia, la cual se puede integrar por:

1. El titular, que puede ser:
  - a) los cónyuges,
  - b) la concubina y concubinario,
  - c) el padre y/o la madre unidos o no en vínculo matrimonial o concubinato.
2. Se consideran integrantes:
  - a) los hijos y adoptados menores de edad,
  - b) los menores de edad que formen parte del hogar y tengan parentesco de consanguinidad,
  - c) los hijos solteros de hasta veinticinco años que prueben ser estudiantes,
  - d) Los hijos discapacitados dependientes,
  - e) los ascendientes directos mayores de 64 años, dependientes económicos que vivan en el mismo hogar.

Los requisitos para la afiliación al Seguro Popular son los mismos que se han venido mencionado a lo largo del presente trabajo, pero que se reiteran para efecto del programa denominado Nueva Generación.

1.- Ser residente en territorio nacional,

2.- No ser derechohabientes de la seguridad social (IMSS o ISSSTE),

3.- presentar original y entregar copia simple de los siguientes documentos:

- Comprobante de domicilio.
- Clave Única de Registro de Población (CURP) o algún documento oficial que la contenga, en caso de no contar con ella, copia del acta de nacimiento de cada uno de los integrantes de la familia.
  - Identificación oficial con fotografía del titular de la familia
  - Si es el caso, comprobante de estudios de los hijos solteros de entre dieciocho y veinticinco años de edad, que acredite que se encuentran cursando estudios de educación media o superior,
    - Si es el caso, comprobante de ser beneficiario de algún programa de apoyo o subsidio del Gobierno Federal que contenga número de folio.

En el caso de no contar con el requisito de la Clave Única de Registro de Población o el acta de nacimiento del recién nacido, se podrá afiliar de manera temporal por un plazo de hasta 90 días, en dicho plazo deberá entregarse copia

de la CURP o acta de nacimiento del recién nacido en el Módulo de Afiliación y Orientación.

Si no se presentase dicho documento en el mencionado plazo, quedará sin efecto la solicitud y no se devolverá el monto cubierto por concepto de cuota familiar.

El costo del Seguro Popular para los recién nacidos será igual que para el caso de las demás personas no derechohabientes de ninguna institución de salud, es decir, les será practicado un estudio socioeconómico para ubicar a la familia dentro de uno de los diez deciles (niveles) de ingresos.

Las familias que se ubiquen en los dos primeros deciles de ingresos son considerados como no contributivas, por lo tanto es totalmente gratuito, igualmente para las familias ubicadas en el decil III, por tratarse de familias con al menos un integrante de hasta 5 años cumplidos.

Para las familias ubicadas en los deciles IV al X deberán cubrir la cuota familiar que les corresponda, las cuales van desde \$1,296.79 hasta \$10,539.66 por familia al año.

Los beneficios que obtienen los niños recién nacidos al afiliarse al Seguro Popular así como la familia afiliada serán recibir el tratamiento de las enfermedades incluidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud, el cual cubre el 100% de los servicios médicos que se prestan en los centros de salud (primer nivel) y el 95% de las acciones hospitalarias (segundo nivel) y los medicamentos asociados, así como las consultas y tratamientos. Asimismo, aquellas enfermedades incluidas en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

Los recién nacidos estarán protegidos de los principales padecimientos que se presentan en los primeros cinco años de vida, pero sobre todo en el primer mes de vida, que es donde se presenta el mayor número de casos de muerte infantil neonatal.

Ahora bien, si en el municipio de procedencia del recién nacido no hay un seguro popular se podrá acudir a uno de los Módulos de Afiliación y Orientación ubicados generalmente en los Centros de Salud, Hospitales y/o Jurisdicciones Sanitarias en los cuales haya cobertura por parte del Seguro Popular, en el cual deberás solicitar la afiliación del recién nacido y tu familia, cumpliendo los requisitos para tal efecto.

Además, la afiliación al Seguro Popular está garantizada en todo momento a las familias con niños recién nacidos en territorio nacional a partir del 1° de diciembre de 2006, por lo que en el caso de mujeres embarazadas

deberán esperar a que nazca su hijo, o bien al periodo de afiliación programado en su localidad, lo que ocurra primero.

Debe contemplarse que si el menor nació antes de la fecha indicada por el Presidente, se puede afiliar a dicho infante de igual manera que el resto de la población no derecho habiente de una institución de seguridad social, conforme a los periodos programados en Entidad Federativa.

Los beneficiarios del Seguro Popular recibirán los servicios de salud en las unidades médicas de la Red de prestadores de servicios del Seguro Popular, la cual se integra principalmente con los Centros de Salud y Hospitales de los Servicios Estatales de Salud, a lo cual debemos agregar agrava la situación planteada en el presente trabajo, ya que si recordamos existen pocas instalaciones las cuales de por sí ya contaban con un número importante de personas que requerían el servicio de las instituciones dependientes de la Secretaría de Salud, agregando la ya afiliada al seguro popular y ahora le sumamos otro número cuantificable de población, la cual se presume dejara al sector salud más saturada, disminuyendo notablemente los servicios médicos brindados, el abasto de medicamentos, el cupo en las instalaciones, la acumulación de actividad para el personal médico, entre otros de los percances que probablemente se presenten ante la citada implementación, por lo que se insiste como alternativa al sistema de protección en salud, el propio seguro popular y ahora su reciente implementación, es necesaria una optimización a sus instalaciones, creando nueva infraestructura que le sea propia, así como personal médico y una ampliación de acuerdo a las necesidades actuales de sus cuadros básicos.

Por lo que debe considerarse equívoca la postura de sumar a demás instituciones de salud, como lo son el IMSS y el ISSSTE, por las razones que hemos venido expresando con anterioridad, dichos institutos cuentan ya con un número desmedido de derechohabientes, con personal médico limitado, y su suministro de medicamentos limitado como para sumar, por lo que como se ha venido sugiriendo, debería en su lugar, considerarse la aplicación concreta de sus servicios al sector social, que originalmente cubren, como lo sería en el primer caso, los trabajadores asalariados y en el segundo, los trabajadores al servicio del Estado, lo que les permitiría brindar un mejor servicio, por ello, la propuesta de la desaparición del seguro de salud para la familia, contemplado dentro del régimen voluntario de la Ley del Seguro Social.

Así tenemos, que si bien los niños son el futuro del país, también lo es, que existe y ha existido siempre el sector social que no cuenta con atención médica y que ahora está afiliado al seguro popular o está por afiliarse y que indiscutiblemente necesita de la optimización de dicho seguro, y que si bien el actual Presidente aludió sobre la elaboración de convenios para ampliar el personal médico y el catálogo de medicamentos, dicha necesidad ya existía y

fue prevista por la legislación en cierta manera, por lo que se hace hincapié deben crearse nuevas instalaciones que le sean propias, contratación de personal médico, equipo y ampliar los cuadros básicos y catálogos de medicamentos, porque finalmente de que sirve prometer un seguro de por vida, si no puede brindarte el servicio médico de mejor calidad y a buen costo.

#### **4.2. Desaparición del denominado Seguro de Salud para la Familia que establece la Ley del Seguro Social en su régimen voluntario**

Una vez analizada la estructura jurídica del seguro de salud para la familia es evidente que su aplicación en la práctica no resulta tan funcional de tomar en cuenta el número de derechohabientes, el personal capacitado, el número de clínicas y hospitales, costo, entre otros factores, que impiden que a la fecha se cubra con su finalidad.

##### **4.2.1. De la desaparición del Seguro de Salud para la Familia de la Ley del Seguro Social**

El Instituto Mexicano del Seguro Social a lo largo del tiempo se ha encargado de brindar atención médica a los asalariados siendo un órgano muy solicitado por dicho sector al cubrir necesidades de gran importancia al establecer un régimen obligatorio que brinda todo tipo de atenciones a sus afiliados cubriendo riesgos de trabajo, invalidez y vida, cesantía en edad avanzada y vejez, enfermedades y maternidad, prestaciones sociales y guarderías, y asimismo cuenta con un régimen voluntario el cual brinda atención a población abierta y personas de han estado afiliados y desean continuar con el régimen, en el cual se limita la atención que se les brinda, creando una desigualdad, además de exigir una cuota de recuperación elevada.

Así tenemos que en la legislación relativa al Seguro de Salud para la Familia que lo es la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social dentro del régimen voluntario del que como puntos fundamentales se pueden tomar datos precisos e importantes como son:

Que todas las familias en México tienen derecho a un seguro de salud para sus miembros y para ese efecto, podrán celebrar con el Instituto Mexicano del Seguro Social convenio para el otorgamiento de las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad, en los términos del reglamento respectivo.

Señalándose con claridad quienes son los sujetos amparados por dicho seguro:

I. El asegurado;

II. El pensionado por:

a) Incapacidad permanente total o parcial;

b) Invalidez;

c) Cesantía en edad avanzada y vejez, y

d) Viudez, orfandad o ascendencia;

III. La esposa del asegurado o, a falta de ésta, la mujer con quien ha hecho vida marital durante los cinco años anteriores a la enfermedad, o con la que haya procreado hijos, siempre que ambos permanezcan libres de matrimonio. Si el asegurado tiene varias concubinas ninguna de ellas tendrá derecho a la protección.

Del mismo derecho gozará el esposo de la asegurada o, a falta de éste el concubinario, siempre que hubiera dependido económicamente de la asegurada, y reúnan, en su caso, los requisitos del párrafo anterior;

IV. La esposa del pensionado en los términos de los incisos a), b) y c) de la fracción II, a falta de esposa, la concubina si se reúnen los requisitos de la fracción III;

Del mismo derecho gozará el esposo de la pensionada o a falta de éste el concubinario, si reúne los requisitos de la fracción III;

V. Los hijos menores de dieciséis años del asegurado y de los pensionados, en los términos consignados en las fracciones anteriores;

VI. Los hijos del asegurado cuando no puedan mantenerse por su propio trabajo debido a una enfermedad crónica, defecto físico o psíquico, hasta en tanto no desaparezca la incapacidad que padecen o hasta la edad de veinticinco años cuando realicen estudios en planteles del sistema educativo nacional;

VII. Los hijos mayores de dieciséis años de los pensionados por invalidez, cesantía en edad avanzada y vejez, que se encuentren disfrutando de asignaciones familiares, así como los de los pensionados por incapacidad permanente, en los mismos casos y condiciones establecidos en el artículo 136;

VIII. El padre y la madre del asegurado que vivan en el hogar de éste, y



IX. El padre y la madre del pensionado en los términos de los incisos a), b) y c) de la fracción II, si reúnen el requisito de convivencia señalado en la fracción VIII.

Los sujetos comprendidos en las fracciones III a IX, inclusive, tendrán derecho a las prestaciones respectivas si reúnen además los requisitos siguientes:

a) Que dependan económicamente del asegurado o pensionado, y

b) Que el asegurado tenga derecho a las prestaciones consignadas para las enfermedades no profesionales, dentro del cual se contemplan la asistencia médica quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo de cincuenta y dos semanas.

Ahora bien, todos los sujetos que voluntariamente se incorporen al seguro de salud para la familia, incluidos los familiares a que se hizo referencia en los párrafos anteriores y cualquier familiar adicional pagarán anualmente la cuota establecida correspondiente, clasificándose por el grupo de edad a que pertenezcan. Las cuotas serán calculadas de acuerdo a la siguiente tabla, la cual será actualizada en febrero de cada año de acuerdo al incremento en el Índice Nacional de Precios al Consumidor del año calendario anterior.

| Edad del miembro de la familia en años cumplidos | Cuota total en moneda nacional por miembro del grupo de edad señalado |
|--|---|
| 0 a 19   | 889   |
| 20 a 39  | 1,039   |
| 40 a 59  | 1,553   |
| 60 o más   | 2,337   |

Además, el Estado contribuye por familia, independientemente del tamaño de la familia, de acuerdo a lo preceptuado por el artículo 106 de la citada legislación, con un 13.9 % de un salario mínimo vigente en el Distrito Federal, el cual se actualizará trimestralmente de acuerdo al Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Dándose al opción al Instituto Mexicano del Seguro Social de celebrar este tipo de convenios, en forma individual o colectiva con trabajadores

mexicanos que se encuentren laborando en el extranjero, a fin de que se proteja a sus familiares residentes en el territorio nacional y a ellos mismos cuando se ubiquen en éste. Estos asegurados cubrirán íntegramente la ya citada prima.

Siendo las prestaciones económicas otorgadas a los asegurados y beneficiarios las correspondientes a los ramos de los seguros de riesgo de trabajo y de invalidez y vida así como retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.

Ahora bien, aún con lo anteriormente citado tenemos que este régimen voluntario en particular pese a contar con algunas prestaciones en especie y en dinero pertenecientes que rigen el régimen obligatorio no cubre las necesidades básicas de la población abierta, ejemplo claro de esto es el exceso de población que acuden a instancias de la Secretaría de Salud puesto que el Seguro de Salud para la Familia exige entre otras cosas una serie de formalidades que rebasan en ocasiones las del sector económicamente más desprotegido, ya que sus costos son elevados y la mayoría de la población no asalariada no cuenta con los recursos suficientes para el pago de la atención médica con la que cuenta dicho seguro.

Dicho lo anterior, es pertinente considerar que ante una posible optimización del Seguro Popular creado con la finalidad de brindar servicios médicos a los no asalariados sin que el gasto de bolsillo se vea perjudicado y ante una mejor atención al estar enfocado a la población abierta no así como el Instituto Mexicano del Seguro Social cuya principal labor ha sido otorgar servicios médicos a los asalariados, y tomando en consideración que son demasiados los afiliados al mismos, muchas veces no logra darse abasto para el cumplimiento de su fin, y por tanto es oportuno sugerir la desaparición de Seguro de Salud para la Familia contemplado dentro del Régimen Voluntario, ya que así permitiría que el Instituto se enfocara a su primordial tarea, la atención a los asalariados proporcionándoles un mejor servicio y aunado a la probable optimización del seguro popular se cubrirían con mayor acierto la necesidad en salud que requiere ambos sectores de población.

Si precisamos la importancia y necesidad imperiosa que representa en la República Mexicana de considerar a ella todos los estados que la integran sabemos que es de vital importancia contar con servicios de salud que puedan por fin de una vez por todas dar satisfacción a todas y cada una de las exigencias en materia de salubridad de los diversos sectores de población en el supuesto de que es una prioridad como lo es el desempleo, la vivienda, entre otros.

Así pues tenemos que aún cuando a lo largo de la historia como se ha visto ya con anterioridad se fueron creando instituciones encaminadas a dar

solución a la problemática en salud que como bien sabemos parte de una garantía consagrada en la Constitución Mexicana de los Estados Unidos Mexicanos que lo es, el derecho a la salud que tienen todos los mexicanos aunado a diversos servicios que se proveerán en virtud de dar cumplimiento a tal garantía.

Garantía constitucional a la que si bien en la actualidad mediante políticas estatales se han implementando sistemas con la finalidad de cubrir las nuevas necesidades debe precisarse que ni las ya existentes ni las de reciente creación han podido solventar la inmensidad de deficiencias que siguen latentes dentro del sistema de salubridad, de considerar al Instituto Mexicano del Seguro Social y al Sistema de Protección Social en Salud, que fueron el objeto a estudio del presente trabajo y que finalmente si bien cuentan con lineamientos de carácter legal y humano con un excelente sustento, tenemos que en su aplicación podemos ver como en la mayoría de las ocasiones se aleja de los mismos, al no poder dar abasto como ya se ha dicho a todas las necesidades:

Así entonces tenemos que prestar atención a las siguientes precisiones:

1. El número existen de personas ya afiliadas en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

2. El creciente aumento de personas asalariadas que día a día se afilian en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

3. El incremento en el número de personas no derechohabientes en alguna institución de seguridad social.

4. La evidente saturación existente en los establecimientos encargados de prestar la atención en salud en virtud del elevado porcentaje de población que acude a los mismos.

5. La notable insuficiencia de personal profesional en materia de salud en dichos establecimientos.

6. La falta de medicamentos ante el tan mencionado incremento de población que asiste a dichas instituciones en salud.

7. El aumento de enfermedades de reciente aparición, así como de la falta de hallazgos médicos que resuelvan enfermedades ya existentes que actualmente no tienen cura.

Ante todos estos elementos se reitera la inminente e imperante necesidad de crear más establecimientos que brinden o presten servicios de salud ya que no es posible que continuar con tan escasos recursos ante tan

importantes problemas, es evidente que a lo largo del tiempo el ser humano se ha fijado prioridades y si algo debe afirmarse es que para cualquier cosa que quiera el hombre nada es posible sin salud, así que ahora bien si contamos con el denominado seguro popular que es un sistema que finalmente trata de solventar en parte el problema en salud, porque no optimizarlo mejorando su operatividad a través de la creación de establecimientos nuevos que eviten que se incurra en los puntos citados con anterioridad es decir, mucha población, poco cupo, falta de medicamentos y de personal médico, más aún cuando la propia estructura jurídica que lo rige permite y sustenta la creación de dichos establecimientos médicos.

No obstante se debe seguir en la lucha para la obtención de mejores servicios en salud que puedan ser brindados de forma equitativa a todos los sectores aún cuando esta función debe ser dividida para que así permita a cada una de las instituciones proporcionar mejores servicios en acciones que si bien serían encaminadas a sectores en específico también lo es que cada población tendría el servicio que merece logrando así cumplir con los objetivos de la seguridad social y poder gozar todos de un bienestar social.

Por tanto, sería importante considerar la opción de permitir a tan experimentada Institución del Seguro Social seguir concretarse al sector que ha sido primordialmente su principal objeto de prestación de servicios de salud, que lo son, los asalariados, y entonces deje camino a instituciones de más reciente creación permitiéndose brindar la mejor atención a dicho sector enfocando su mirada en él, mientras que el seguro popular por su parte, optimice sus servicios y logre con ello, cumplir sus objetivos.

Para finalizar de manera clara y precisa, es debido realizar en forma concreta el comparativo entre dichas instituciones de salud, es decir, entre el Seguro de Salud para la Familia de la Ley del Seguro Social con el Seguro Popular contemplado en la Ley de Salud Pública:

Tenemos que el objetivo del seguro de salud para la familia es prestar servicios a todos y cada uno de los miembros de la familia del asegurado convirtiéndose en beneficiarios legales todos por el mismo precio.

Mientras que el seguro popular tiene como objetivo disminuir el gasto privado del bolsillo, así como reducir el riesgo de empobrecimiento a familias vulnerables, fomentar la atención oportuna y fortalecer el sistema público de salud, contribuir a superar inequidades y rezagos en la distribución del gasto entre entidades federativas.

El seguro de salud para la familia por su parte protege al cónyuge o a falta de éste a la concubina o el concubinario del titular, a los hijos del titular del núcleo familiar asegurado hasta la edad de dieciséis años o hasta los

veinticinco, así como a los hijos del titular del núcleo familiar asegurado cuando no puedan mantenerse por sí mismos.

Mientras que el seguro popular protege a todas aquellas familias de ingresos bajos y medios que no estén afiliadas a algún sistema de seguridad familiar.

Así tenemos que por su parte el seguro de salud para la familia otorga las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad.

Por otro lado, el seguro popular otorga atención médica en clínicas y hospitales de los servicios estatales de salud, con base en un Catálogo de Beneficios Médicos y un Cuadro Básico de Medicamentos.

Por lo que hace a la cuota de recuperación para tener acceso al seguro de salud para la familia existe una clasificación de acuerdo al grupo de edad a que pertenezca el beneficiario mismo que establece la Ley del Seguro Social y que se incrementa de acuerdo al Índice Nacional de Precios al Consumidor, cada febrero de cada año.

En lo concerniente al seguro popular tenemos que el costo dependerá de la capacidad de pago de cada una de las familias interesadas en adquirir el mismo, dicha capacidad se establecerá con base en estudios socioeconómicos.

Finalmente, por lo que hace a su operatividad inicialmente en su fase piloto el seguro popular únicamente se encontraba funcionando en diversos estados de la República, mientras que por su parte el seguro de salud para la familia tenía y tiene aplicación en todo México. Actualmente, el seguro popular tiene también aplicación a nivel nacional.

Ahora bien, como se pudo observar a lo largo del presente trabajo las instituciones en materia de salud a su manera han tratado y siguen tratando de cubrir las necesidades de los diversos sectores sociales en una búsqueda por lograr el bienestar común y evitar caer en contingencias sociales, de manera que es difícil la tarea que tiene el Estado para dar cabal cumplimiento al principio constitucional que establece que toda persona tiene derecho a la salud, dichas instituciones deberán de continuar su labor en alboradas de un mejor mañana en donde la salud siempre jugara un papel importante para la humanidad.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA.** La seguridad social tiene como principal fin el bienestar de la sociedad, siendo su objetivo proteger al individuo de los riesgos para evitar que caiga en un estado de necesidad (falta de vivienda, desempleo, vejez, discriminación, etcétera).

La garantía otorgada por la colectividad a todos sus miembros para mantener sus niveles de vida o por lo menos condiciones de vida decorosos, gracias a la redistribución de ingresos que descansan sobre la solidaridad social.

**SEGUNDA.** El punto central del esquema de aseguramiento del Sistema de Protección en Salud, es la reducción del gasto de bolsillo, entendiendo a éste como el gasto realizado por una familia por concepto de consultas médicas y compra de medicamentos, el cual, tiene mayor impacto en las familias de bajos ingresos.

La protección social en salud es un mecanismo dirigido a todas aquellas personas que no se encuentren afiliados a ninguna institución de seguridad social, en el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, con mínimo desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.

**TERCERA.** El Seguro Popular de Salud como parte fundamental del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) es un instrumento de la política social del Estado para reducir la tensión entre equidad e inequidad y se justifica con explicaciones de corte político, jurídico, social y económico-financiero.

Es un instrumento de transferencia de subsidios a través de un paquete de servicios médicos. Su objeto es proteger a la población que no cuenta con seguridad social formal y con alto riesgo de empobrecimiento por gastos de salud, que permite la protección financiera de la población sin seguridad social, a través del aseguramiento público para las familias y ciudadanos que por su condición laboral o socioeconómica no son derechohabientes de instituciones como el IMSS o ISSSTE entre otras. Este

tipo de protección financiera es respaldada por recursos solidarios (subsidios) del gobierno federal canalizados a las entidades federativas.

El sistema de protección social en salud, ofrece opciones más viables y acordes a las condiciones económicas de la población abierta, que les permite el acceso a los servicios en salud.

**CUARTA.** El régimen voluntario fue creado dentro de la Ley del Seguro Social con el fin de que todas las familias tengan el derecho a un seguro de salud para sus miembros, por lo que podrán optar por la celebración de un convenio para el otorgamiento de prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad.

Tiene como finalidad propiciar o facilitar que una persona que ha estado incorporada en el régimen obligatorio y deja de estarlo, no pierda por este hecho en forma definitiva sus derechos en curso de adquisición; o en su caso para no derechohabientes que requieran el uso de servicios en salud, mediante el pago de una cuota de recuperación.

**QUINTA.** Dentro del Seguro Popular primordialmente la atención y servicios brindados se adecuan a un cuadro básico de servicios y medicamentos que no incluye todas las especialidades médicas y por tanto todos los que no se encuentren dentro del mismo, no pueden ser cubiertos.

La existencia de una notoria deficiencia que acarrea que la necesidad inminente en salud no se adecue por completo a lo exigido por la población que se integra con la finalidad de recibir un servicio médico a un costo económico, por lo que es indispensable considerar este factor determinante para su funcionamiento, que implica la optimización de los servicios que presta y la ampliación de dichos cuadros básicos para la obtención de un pleno desarrollo y que logre cumplir con los fines para los que fue creado.

De acuerdo a las circunstancias actuales que se viven las prestaciones otorgadas no deben ser limitadas a rubros específicos enmarcados en la legislación como son en su caso, cuadros básicos de medicamentos y de enfermedades que restrinjan los beneficios para quien ingrese al Sistema de Protección Social en Salud, dejando a la deriva la finalidad para la que fue creado el seguro popular, siendo imprescindible para llevar a cabo su labor, se optimicen sus servicios, ampliando dichos esquemas para que en la práctica no existan negativas relativas a las prestaciones que otorga dicho Sistema.

**SEXTA.** Para garantizar el carácter integral de los servicios, los Regímenes Estatales considerarán los establecimientos para la atención médica en términos de redes de servicios, las cuales deberán garantizar la continuidad de cuidados, el máximo nivel de resolución en atención primaria,

la provisión de medicamentos, la especialización de los profesionales de la salud y constituirse sobre referencias poblacionales y geográficas.

**SEPTIMA.** El Seguro Popular no cuenta con instalaciones propias en donde cumplir sus funciones ya que se encuentra implementado en los hospitales y clínicas de la Secretaría de Salud, lo que provoca una inequidad e ineficiencia de los servicios que hace indispensable la creación de una infraestructura independiente para poder solventar las necesidades del sector inscrito en el mismo.

Los Regímenes Estatales se encargan de asignar a cada familia beneficiaria a un centro de salud, así como un médico de familia, para su atención primaria y en caso de existir más de una opción se les brindará la facilidad de elegir su unidad de adscripción o su médico de familia, en virtud de que la Secretaría de Salud tiene el control directo de dichos centros, así como de hospitales generales que de acuerdo a la acreditación otorgada, tengan la autorización para implementar el Seguro Popular, lo que torna esta situación desfavorable haciendo inminente la necesidad de crear establecimientos propios de tal Sistema, que sean la estructura sobre la cual tenga aplicabilidad, puesto que la implementación del mismo en estructuras previas produce inestabilidad en relación a que provocan una saturación de los servicios en salud, así como la falta de abasto del personal encargado de prestar tales servicios, tornándose ineficaz la aplicación del sistema en una infraestructura médica no propia sino perteneciente ya a otras instituciones del Sistema Nacional de Salud que ya por sí mismas están saturadas de población necesitada de los servicios en salud.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, si bien proporciona atención a personas no afiliadas dentro del mismo en su régimen de carácter obligatorio, a través de su incorporación al régimen voluntario, también lo es que como se observó a lo largo del presente trabajo no es óptimo, por lo que consideramos necesario que ante la existencia ahora de la figura jurídica denominada seguro popular, deba ésta aplicarse de manera contundente y más amplia a dicho sector no derecho habiente de otras instituciones, de manera más viable y acorde a las condiciones económicas de la población abierta, que les permita el acceso a la protección en salud con sus respectivos servicios, para lo cual, es fundamental la creación de instalaciones propias, las cuales cuenten con su equipo, material y profesionales necesarios para brindar la atención médica que se requiera, y con ello, de lugar a una mejor y efectiva prestación de servicios al ya no ocupar un espacio en los establecimientos ya ocupados dentro del sector salud.

De acuerdo a las circunstancias actuales que se viven, se propone optimizar además los catálogos básicos de medicamentos y enfermedades, para que las prestaciones que brinda el sistema de protección social en salud, no sean limitativas a rubros específicos enmarcados en la legislación como son en su caso, dichos cuadros básicos que restringen entonces los



beneficios para quien ingrese a dicho Sistema, ya que la ley contempla que en todo aquello que no se encuentre previsto en dichos cuadros básicos no será entonces considerado para ser tratado o atendido, lo que deja a la deriva la finalidad para la que fue creado el seguro popular, por lo que es imprescindible que para poder llevar a cabo su labor, por lo que se reitera la necesidad de que se optimicen sus servicios, ampliando dichos esquemas para que en la práctica no existan negativas relativas a las prestaciones que otorga dicho Sistema.

**OCTAVA.** El Instituto Mexicano del Seguro Social a lo largo del tiempo se ha encargado de brindar atención médica a los asalariados siendo un órgano muy solicitado por dicho sector al cubrir necesidades de gran importancia al establecer un régimen obligatorio que brinda todo tipo de atenciones a sus afiliados cubriendo riesgos de trabajo, invalidez y vida, cesantía en edad avanzada y vejez, enfermedades y maternidad, prestaciones sociales y guarderías, y el cual cuenta además con un régimen voluntario que brinda atención a población abierta y personas de han estado afiliados y desean continuar con el régimen, en el cual se limita la atención que se les brinda, creando una desigualdad, de exigir una cuota de recuperación elevada.

El régimen voluntario aún cuando otorga algunas de las prestaciones en especie y en dinero que rigen dentro del régimen obligatorio no cubre las necesidades básicas de la población abierta, lo que ha provocado que la población más necesitada opte por acudir a instancias de la Secretaría de Salud, que finalmente en casos de requerir sus servicios les brindara una atención en salud, más accesible para su bolsillo.

El Seguro de Salud para la Familia exige entre otras cosas una serie de formalidades que rebasan en ocasiones las del sector económicamente más desprotegido, ya que sus costos son elevados y la mayoría de la población no asalariada no cuenta con los recursos suficientes para el pago de la atención médica con la que cuenta dicho seguro.

**NOVENA.** El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene como principal objeto otorgar servicios médicos a los asalariados, siendo demasiados los afiliados al mismo, por lo que en múltiples ocasiones no logra darse abasto para el cumplimiento de su fin, y por tanto sería apropiada la desaparición del Seguro de Salud para la Familia contemplado dentro del Régimen Voluntario, que así permitiría que el Instituto se enfocara a su primordial tarea, la atención a los asalariados proporcionándoles un mejor servicio y aunado a la probable optimización del seguro popular se cubriría con mayor acierto la necesidad en salud que requieren los diversos sectores de población.

Es pertinente considerar que ante una posible optimización del Seguro Popular creado con la finalidad de brindar servicios médicos a los asalariados sin que el gasto de bolsillo se vea perjudicado y ante una mejor

atención al estar enfocado a la población abierta no así como el Instituto Mexicano del Seguro Social cuya principal labor ha sido otorgar servicios médicos a los asalariados, y tomando en consideración que son demasiados los afiliados al mismos, muchas veces no logra darse abasto para el cumplimiento de su fin, y por tanto es oportuno proponer la desaparición de Seguro de Salud para la Familia contemplado dentro del Régimen Voluntario, ya que así permitiría que el Instituto se enfocara a su primordial tarea, la atención a los asalariados proporcionándoles un mejor servicio y aunado a la probable optimización del seguro popular se cubrirían con mayor acierto la necesidad en salud que requiere ambos sectores de población.

La sugerencia anterior, permitiría a tan experimentada Institución del Seguro Social concretarse al sector que ha sido primordialmente su principal objeto de prestación de servicios de salud, que lo son, los asalariados, y entonces dejaría el camino a instituciones de más reciente creación quienes contarían con mayores recursos ante la desaparición del seguro de salud para la familia, cuyos ingresos bien podrían ser destinados a otras instituciones para que éstas pudieran brindar una mejor atención al sector de la población no derechohabiente.

En forma concreta el comparativo entre dichas instituciones de salud, es decir, entre el Seguro de Salud para la Familia de la Ley del Seguro Social con el Seguro Popular contemplado en la Ley de Salud Pública:

Tenemos que el objetivo del seguro de salud para la familia es prestar servicios a todos y cada uno de los miembros de la familia del asegurado convirtiéndose en beneficiarios legales todos por el mismo precio.

El seguro popular tiene como objetivo disminuir el gasto privado del bolsillo, así como reducir el riesgo de empobrecimiento a familias vulnerables, fomentar la atención oportuna y fortalecer el sistema público de salud, contribuir a superar inequidades y rezagos en la distribución del gasto entre entidades federativas.

El seguro de salud para la familia por su parte protege al cónyuge o a falta de éste a la concubina o el concubinario del titular, a los hijos del titular del núcleo familiar asegurado hasta la edad de dieciséis años o hasta los veinticinco, así como a los hijos del titular del núcleo familiar asegurado cuando no puedan mantenerse por si mismos.

Mientras que el seguro popular protege a todas aquellas familias de ingresos bajos y medios que no estén afiliadas a algún sistema de seguridad familiar.

Así tenemos que por su parte el seguro de salud para la familia otorga las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad.

Por otro lado, el seguro popular otorga atención médica en clínicas y hospitales de los servicios estatales de salud, con base en un Catálogo de Beneficios Médicos y un Cuadro Básico de Medicamentos.

Por lo que hace a la cuota de recuperación para tener acceso al seguro de salud para la familia existe una clasificación de acuerdo al grupo de edad a que pertenezca el beneficiario mismo que establece la Ley del Seguro Social y que se incrementa de acuerdo al Índice Nacional de Precios al Consumidor, cada febrero de cada año.

En lo concerniente al seguro popular tenemos que el costo dependerá de la capacidad de pago de cada una de las familias interesadas en adquirir el mismo, dicha capacidad se establecerá con base en estudios socioeconómicos.

Por lo que hace a su operatividad inicialmente en su fase piloto el seguro popular únicamente se encontraba funcionando en diversos estados de la República, mientras que por su parte el seguro de salud para la familia tenía y tiene aplicación en todo México. Actualmente, el seguro popular tiene también aplicación a nivel nacional.

Finalmente se hace notorio que el seguro popular, constituye una mejor alternativa para la población no derechohabiente de ninguna institución de seguridad social, dado que repercute menos en su gasto, por estar creado especialmente para evitar afectar a su economía y con excelentes bases legales, aún cuando como se ha venido diciendo necesita una optimización, mientras que el seguro de salud para la familia contemplado dentro del régimen voluntario, no resulta del todo eficaz, además de no contribuir al bolsillo de los afiliados, por lo que de ahí la importancia de su desaparición para que sus ingresos se destinen a otras instituciones y el Instituto Mexicano del Seguro Social se enfoque a la atención de sus afiliados dentro del régimen obligatorio (asalariados).

**DECIMA.** Es vital que la garantía otorgada en el artículo 4º. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos sea cumplida, de contar con lineamientos de carácter legal y humano con un excelente sustento, que en aplicación deriva en una serie de deficiencias de carácter práctico, como lo son:

1.- El número existen de personas ya afiliadas en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

2.- Las personas asalariadas que hoy en día se afilian en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

3.- El incremento en el número de personas no derechohabientes en alguna institución de seguridad social.

4.- La evidente saturación existente en los establecimientos encargados de prestar la atención en salud en virtud del elevado porcentaje de población que acude a los mismos.

5.- La notable insuficiencia de personal profesional en materia de salud en dichos establecimientos.

6.- La falta de medicamentos ante el tan mencionado incremento de población que asiste a dichas instituciones en salud.

7.- El aumento de enfermedades de reciente aparición, así como de la falta de hallazgos médicos que resuelvan enfermedades ya existentes que actualmente no tienen cura.

Es inminente e imperante la necesidad de solventar el problema en salud existente, sujetando las instituciones ya existentes con las de reciente creación en la búsqueda del bienestar social, basados en la obtención de mejores servicios en salud que puedan ser brindados de forma equitativa a todos los sectores aún cuando esta función debe ser dividida para que así permita a cada una de las instituciones proporcionar mejores servicios en acciones que serían encaminadas a sectores en específico otorgando a cada miembro de la población el servicio que merece logrando así cumplir con los objetivos de la seguridad social y poder gozar todos de un bienestar social.

Por tanto, sería importante considerar la opción de permitir a tan experimentada Institución del Seguro Social concretarse al sector que ha sido primordialmente su principal objeto de prestación de servicios de salud, que lo son, los asalariados, y entonces deje camino a instituciones de más reciente creación permitiéndose brindar la mejor atención a dicho sector enfocando su mirada en él, mientras que el seguro popular por su parte, optimice sus servicios y logre con ello, cumplir sus objetivos.

## FUENTES CONSULTADAS

1. ALMANSA PASTOR; José M, Derecho de la Seguridad Social, Tecnos, Madrid 1999.
2. ARCE CANO, Gustavo, Los Seguros Sociales en México, Botas, México 1964.
3. BLASCO LAHOZ, José F, Curso de Seguridad Social, Tirant Lo Blanch, Valencia 1998.
4. BORRAJO DACRUZ, Efrén, Estudios Jurídicos de Previsión Social, Aguilar, México 1965.
5. BRICEÑO RUIZ, Alberto, Derecho Mexicano de los Seguros Sociales, Harla, México, 1987.
6. CARRILLO PRIETO, Guillermo, Panorama del Derecho Mexicano (Derecho de la Seguridad Social), Mc. Graw Hill, México 1997.
7. DE BUEN LOZANO, Nestor, Seguridad Social, Segunda Edición, Porrúa, México 1999.
8. GONZALEZ DIAZ, Francisco, El Derecho Social y la Seguridad Social Integral, Editorial UNAM, México 1973.
9. MOCTEZUMA BARRAGAN, Gonzalo, Derechos de los Usuarios de los Servicios de Salud, Segunda Edición, Cámara de Diputados LVII Legislatura, UNAM, México 1994.
10. MUSSOT, María Luisa, Alternativas de Reforma de la Seguridad Social, Fiedrich Ebert, México 1996.
11. RAMIREZ LOPEZ, Berenice, La Seguridad Social: reformas y retos, Editorial Porrúa, México 1999.
12. RODRIGUEZ TOVAR, José J, Derecho Mexicano de la Seguridad Social, Quinta Edición, Fondo para la Difusión del Derecho, México 1989.
13. RUIZ MORENO, Ángel G, Nuevo Derecho de la Seguridad Social, Cuarta Edición, Porrúa, México 2000.
14. SANCHEZ LEON, Gregorio, Derecho Mexicano de la Seguridad Social, Cárdenas Editor y Distribuidor, México 1987.

15. TRUEBA URBINA, Alberto, Derecho Social Mexicano, Porrúa, México 1978.

### **LEGISLACION**

1. Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, Agenda de Amparo, Quinta Edición, Grupo ISEF, México 2006.
2. Ley del Seguro Social, Delma, México 2006.
3. Ley General de Salud, Agenda de Salud, Sexta Edición, Grupo ISEF, México 2006.
4. Plan Nacional de Desarrollo, Centro de Estudios Sociales y Opinión Pública, México 2006.
5. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, Agenda de Salud, Sexta Edición, Grupo ISEF, México 2006.

### **METODOLOGIA**

1. HERNANDEZ ESTEVEZ, Sandra Luz, Técnicas de la Investigación Jurídica, Segunda Edición, Oxford, México 2002.
2. WITKER, Jorge, La Investigación Jurídica, Mc. Graw Hill, México 1995.

## ANEXOS

### Principales Estadísticas

Al Sistema conformado por 9 Indicadores de Resultados, se incorporará la medición de otras variables, una vez que se consoliden los procesos que permitan obtener de la Base de Datos los registros correspondientes.

El avance acumulado al 30 de junio de 2006, se refiere a continuación:

### Indicador I. Presupuesto Transferido

| TABLA NO. 5                                |                | AVANCE (%) |
|--|----------------|------------|
| PRESUPUESTO TRANSERIDO (MILLONES DE PESOS) |                |            |
| TRANSFERIDO                                | AUTORIZADO     |            |
| 4,607,925,208                              | 12,084,592,175 | 38.1       |

Ver anexo estadístico, cuadro 1.1.

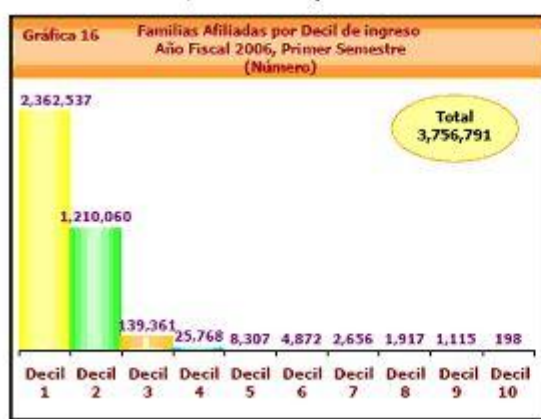


Es evidente el notorio incremento en los recursos transferidos al Sistema de Protección Social en Salud, dado que como veremos en posteriores gráficas que dicho sistema muestra buenos resultados.

## Indicador 2.11. Familias afiliadas por decil de ingreso

| TABLA NO. 16       |                     |                   |           |                     |                   |
|--------------------|---------------------|-------------------|-----------|---------------------|-------------------|
| FAMILIAS AFILIADAS |                     |                   |           |                     |                   |
| NO.                | AFILIADAS POR DECIL | PARTICIPACIÓN (%) | NO.       | AFILIADAS POR DECIL | PARTICIPACIÓN (%) |
| 1                  | 2,362,537           | 62.9              | 6         | 4,872               | 0.1               |
| 2                  | 1,210,060           | 32.2              | 7         | 2,656               | 0.1               |
| 3                  | 139,361             | 3.7               | 8         | 1,917               | 0.05              |
| 4                  | 25,768              | 0.7               | 9         | 1,115               | 0.05              |
| 5                  | 8,307               | 0.2               | 10        | 198                 | 0.01              |
| TOTAL              |                     |                   | 3,756,791 |                     |                   |

Ver anexo estadístico, cuadros 2.11 y 2.12.



Establece claramente como existe un aumento en el número de afiliados al sistema de protección social en salud, dado que luego de haber tenido una fase piloto en diversas entidades estatales fuera aplicado a nivel nacional y considerado en la Ley General de Salud y reglamentado éste cumple con su fin y por tanto, la población no derecho habiente está depositando el ejercicio de su derecho a la protección social en salud a través de dicho sistema.



### Indicador 2.13. Familias reafiliadas

| TABLA NO. 17                          |                                       | AVANCE (%) |
|---------------------------------------|---------------------------------------|------------|
| TOTAL DE FAMILIAS REAFILIADAS         |                                       |            |
| AFILIADAS EN EL PRIMER TRIMESTRE 2006 | REAFILIADAS AL SEGUNDO TRIMESTRE 2006 |            |
| 3,659,235                             | 3,491,676                             | 95.4       |

Ver anexo estadístico, cuadro 2.13.

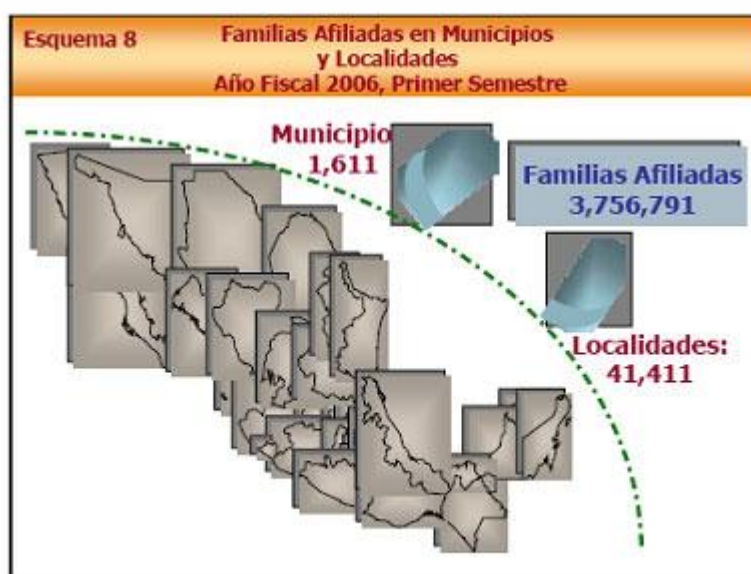


A través de dichas gráficas se puede ver como la población afiliada se ha visto satisfecha con todos y cada uno de los servicios en salud proporcionados por el Sistema de Protección Social en Salud, al mostrarnos como más del noventa por ciento de las personas afiliadas nuevamente se ha reafiliado a dicho sistema.

## Indicador 2.14. Número de familias afiliadas por municipio y localidad

| TABLA NO. 18        |                      |                    |                    |
|---------------------|----------------------|--------------------|--------------------|
| COBERTURA           |                      |                    |                    |
| MUNICIPIOS (NÚMERO) | LOCALIDADES (NÚMERO) | FAMILIAS AFILIADAS | PERSONAS AFILIADAS |
| 1,611               | 41,411               | 3,756,791          | 11,690,861         |

Ver anexo estadístico, cuadro 2.14.



Es claro, que mediante este esquema nos permite verificar que en las diferentes localidades y municipios nos muestra como la cobertura de familias afiliadas y personas afiliadas es notable, lo que es indicativo que el sistema de protección social en salud está cumpliendo con sus fines.

### Indicador 2.3. Familias encabezadas por mujeres

| TABLA NO. 8             |                  | AVANCE (%) |
|-------------------------|------------------|------------|
| TOTAL DE FAMILIAS       |                  |            |
| ENCABEZADAS POR MUJERES | AFILIADAS AL SPS |            |
| 3,011,902               | 3,756,791        | 80.2       |

Ver anexo estadístico, cuadro 2.3.



Es interesante observar como el número de familias afiliadas cuyo núcleo es encabezado por mujeres ha elegido optar por la afiliación al seguro popular dado que es evidente ofrece un buen servicio en salud a un costo no elevado.

### Indicador 2.4. Promedio de integrantes por familias afiliadas

| TABLA NO. 9                  |                              |                         |
|------------------------------|------------------------------|-------------------------|
| TOTAL DE FAMILIAS            |                              |                         |
| NÚMERO DE FAMILIAS AFILIADAS | NÚMERO DE PERSONAS AFILIADAS | PROMEDIO DE INTEGRANTES |
| 3,756,791                    | 11,690,861                   | 3.1                     |

Ver anexo estadístico, cuadro 2.4.



## Indicador 2.5. Número de familias afiliadas a través de Oportunidades

| TABLA NO. 10      |                   | AVANCE (%) |
|-------------------|-------------------|------------|
| TOTAL DE FAMILIAS |                   |            |
| OPORTUNIDADES     | AFILIADAS AL SPSS |            |
| 1,421,713         | 3,756,791         | 37.8       |

Ver anexo estadístico, cuadro 2.5.



| TABLA NO. 10      |                   | AVANCE (%) |
|-------------------|-------------------|------------|
| TOTAL DE FAMILIAS |                   |            |
| OPORTUNIDADES     | AFILIADAS AL SPSS |            |
| 1,421,713         | 3,756,791         | 37.8       |

Ver anexo estadístico, cuadro 2.5.

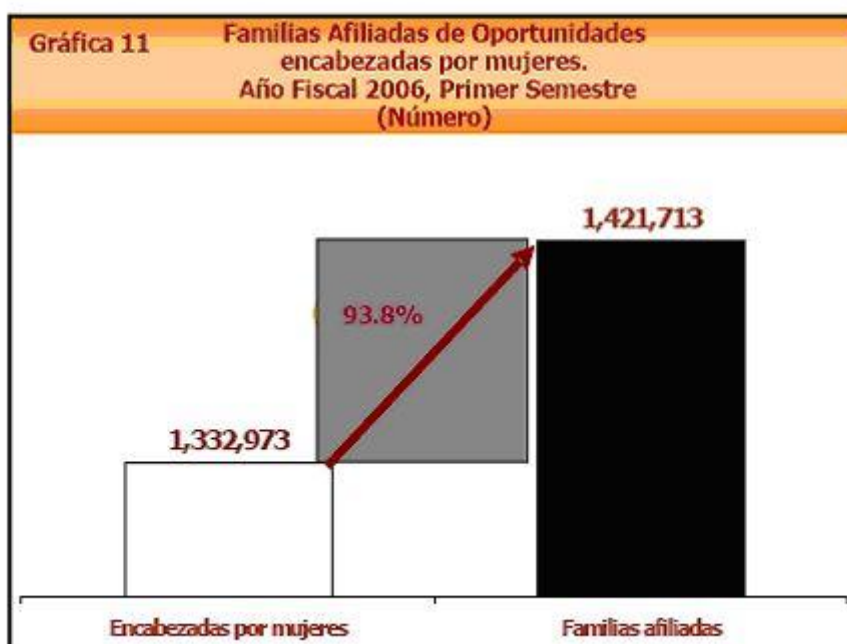


A través de esta gráfica podemos ver como el seguro popular cuenta con un número notoriamente mayor de afiliados en relación con el programa IMSS-Oportunidades.

**Indicador 2.6. Familias afiliadas a través de Oportunidades encabezadas por mujeres**

| TABLA NO. 11            |               | AVANCE (%) |
|-------------------------|---------------|------------|
| TOTAL DE FAMILIAS       |               |            |
| ENCABEZADAS POR MUJERES | OPORTUNIDADES |            |
| 1,332,973               | 1,421,713     | 93.8       |

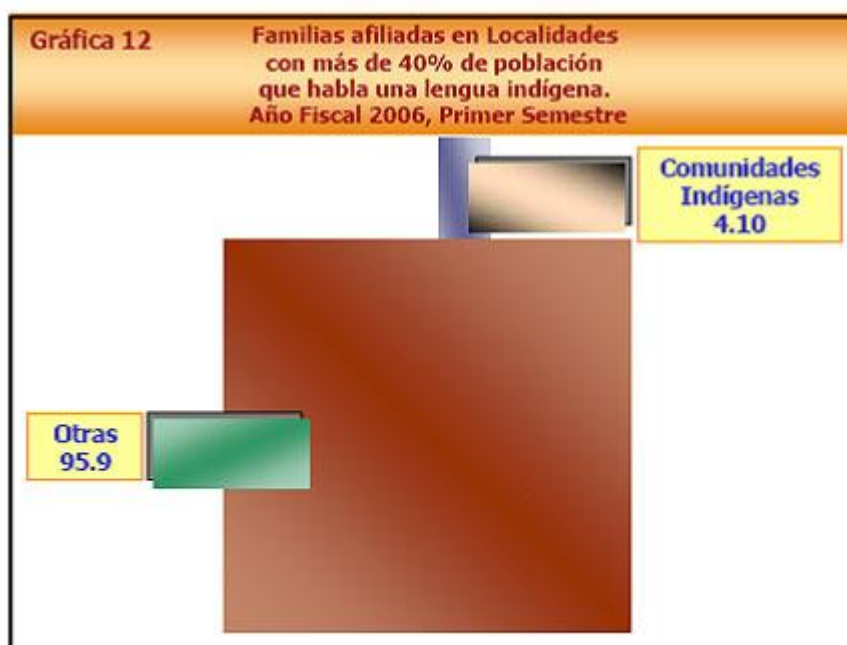
Ver anexo estadístico, cuadro 2.6.



**Indicador 2.6. Familias afiliadas pertenecientes a localidades con más de 40 por ciento de población que habla una lengua indígena**

| TABLA NO. 12  |                   | PARTICIPACIÓN (%) |
|---|-------------------|-------------------|
| TOTAL DE FAMILIAS   |                   |                   |
| LOCALIDADES CON MÁS DE 40 POR CIENTO DE POBLACIÓN QUE HABLA UNA LENGUA INDÍGENA | AFILIADAS AL SPSS |                   |
| 153,912   | 3,756,791         | 4.1               |

Ver anexo estadístico, cuadro 2.7.

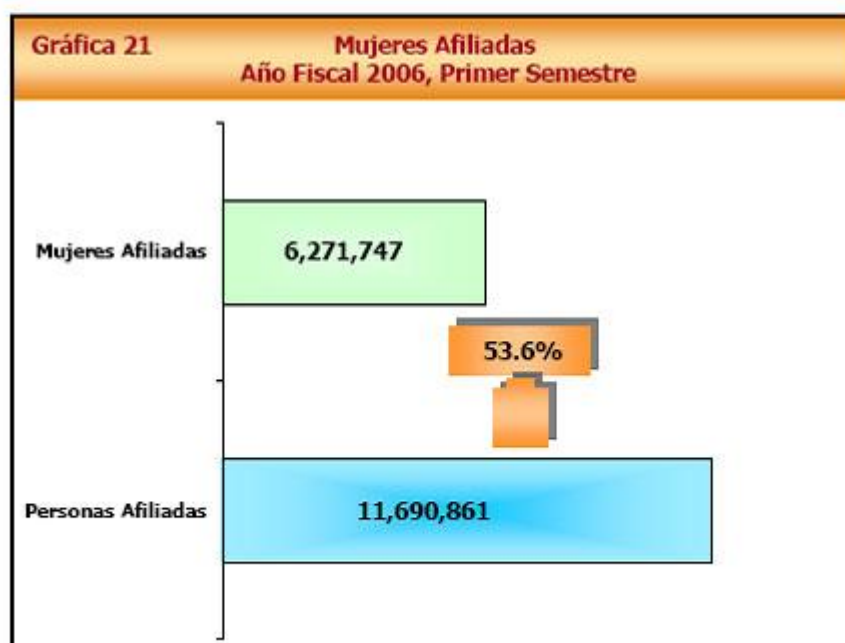




### Indicador 3.2. Número de mujeres afiliadas

| TABLA NO. 21               |                           | AVANCE (%) |
|----------------------------|---------------------------|------------|
| TOTAL DE MUJERES AFILIADAS |                           |            |
| MUJERES AFILIADAS          | PERSONAS AFILIADAS AL SPS |            |
| 6,271,747                  | 11,690,861                | 53.6       |

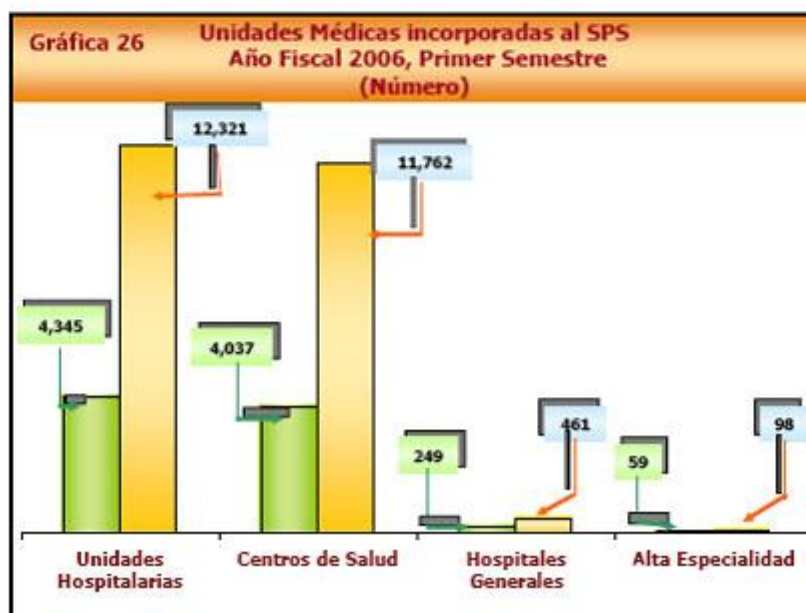
Ver anexo estadístico, cuadro 3.2.



## Indicador 5.1. Unidades médicas incorporadas al SPSS

| TABLA NO. 26                    |             | PORCENTAJE (%) |
|---------------------------------|-------------|----------------|
| TOTAL DE UNIDADES MÉDICAS       |             |                |
| INCORPORADAS                    | PROGRAMADAS |                |
| 4,345                           | 12,321      | 35.3           |
| CENTROS DE SALUD                |             |                |
| 4,037                           | 11,762      | 34.3           |
| HOSPITALES GENERALES            |             |                |
| 249                             | 461         | 54.0           |
| HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD |             |                |
| 59                              | 98          | 60.2           |

Ver anexo estadístico, cuadro 5.1.



Estadísticas obtenidas del sitio en Internet: [www.seguro-popular.gob/mex/contenido](http://www.seguro-popular.gob/mex/contenido).

| COMPARATIVO | SEGURO POPULAR  | SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA   |
|-------------|---|---|
| OBJETIVO    | Disminuir el gasto privado del bolsillo, así como reducir el riesgo de empobrecimiento a familias vulnerables, fomentar la atención oportuna y fortalecer el sistema público de salud, contribuir a superar inequidades y rezagos en la distribución del gasto entre entidades federativas. | Prestar servicios a todos y cada uno de los miembros de la familia del asegurado convirtiéndose en beneficiarios legales todos por el mismo precio.   |
| PROTECCION  | A todas aquellas familias de ingresos bajos y medios que no estén afiliadas a algún sistema de seguridad familiar.  | Al cónyuge o a falta de éste a la concubina o el concubinario del titular, a los hijos del titular del núcleo familiar asegurado hasta la edad de dieciséis años o hasta los veinticinco, así como a los hijos del titular del núcleo familiar asegurado cuando no puedan mantenerse por sí mismos. |
| OTORGA      | Atención médica en clínicas y hospitales de los servicios estatales de salud, con base en un Catálogo de Beneficios Médicos y un Cuadro Básico de Medicamentos.   | Prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad.  |
|             | Dependerá de la capacidad de pago de cada una de las familias interesadas en adquirir el  | Cuota de recuperación para tener acceso al seguro de salud para la familia existe una   |

|              |   |   |
|--------------|---|---|
| COSTO        | mismo, dicha capacidad se establecerá con base en estudios socioeconómicos, de acuerdo a la asignación del decil de ingreso que le corresponda. | clasificación de acuerdo al grupo de edad a que pertenezca el beneficiario mismo que establece la Ley del Seguro Social y que se incrementa de acuerdo al Índice Nacional de Precios al Consumidor, cada febrero de cada año. |
| OPERATIVIDAD | República Mexicana.   | República Mexicana.   |

## FUENTES CONSULTADAS

1. ALMANSA PASTOR; José M, Derecho de la Seguridad Social, Tecnos, Madrid 1999.
2. ARCE CANO, Gustavo, Los Seguros Sociales en México, Botas, México 1964.
3. BLASCO LAHOZ, José F, Curso de Seguridad Social, Tirant Lo Blanch, Valencia 1998.
4. BORRAJO DACRUZ, Efrén, Estudios Jurídicos de Previsión Social, Aguilar, México 1965.
5. BRICEÑO RUIZ, Alberto, Derecho Mexicano de los Seguros Sociales, Harla, México, 1987.
6. CARRILLO PRIETO, Guillermo, Panorama del Derecho Mexicano (Derecho de la Seguridad Social), Mc. Graw Hill, México 1997.
7. DE BUEN LOZANO, Nestor, Seguridad Social, Segunda Edición, Porrúa, México 1999.
8. GONZALEZ DIAZ, Francisco, El Derecho Social y la Seguridad Social Integral, Editorial UNAM, México 1973.
9. MOCTEZUMA BARRAGAN, Gonzalo, Derechos de los Usuarios de los Servicios de Salud, Segunda Edición, Cámara de Diputados LVII Legislatura, UNAM, México 1994.
10. MUSSOT, María Luisa, Alternativas de Reforma de la Seguridad Social, Fiedrich Ebert, México 1996.
11. RAMIREZ LOPEZ, Berenice, La Seguridad Social: reformas y retos, Editorial Porrúa, México 1999.
12. RODRIGUEZ TOVAR, José J, Derecho Mexicano de la Seguridad Social, Quinta Edición, Fondo para la Difusión del Derecho, México 1989.
13. RUIZ MORENO, Ángel G, Nuevo Derecho de la Seguridad Social, Cuarta Edición, Porrúa, México 2000.
14. SANCHEZ LEON, Gregorio, Derecho Mexicano de la Seguridad Social, Cárdenas Editor y Distribuidor, México 1987.

15. TRUEBA URBINA, Alberto, Derecho Social Mexicano, Porrúa, México 1978.

### **LEGISLACION**

1. Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, Agenda de Amparo, Quinta Edición, Grupo ISEF, México 2006.
2. Ley del Seguro Social, Delma, México 2006.
3. Ley General de Salud, Agenda de Salud, Sexta Edición, Grupo ISEF, México 2006.
4. Plan Nacional de Desarrollo, Centro de Estudios Sociales y Opinión Pública, México 2006.
5. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, Agenda de Salud, Sexta Edición, Grupo ISEF, México 2006.

### **METODOLOGIA**

1. HERNANDEZ ESTEVEZ, Sandra Luz, Técnicas de la Investigación Jurídica, Segunda Edición, Oxford, México 2002.
2. WITKER, Jorge, La Investigación Jurídica, Mc. Graw Hill, México 1995.