



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

**Prestaciones en dinero del ramo de enfermedades que son
cubiertas en el ramo de invalidez para asegurados en el Régimen
Obligatorio de la Ley del Seguro Social que se encuentran
incapacitados por cáncer**

T e s i s

Que para optar por el grado de:

Maestra en Administración

Presenta:

Alma Rosa Mora Y Guerrero

Tutor:

Dra. Martha Josefina Gómez Gutiérrez
Facultad de Contaduría y Administración

Ciudad de México, febrero de 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

A mis padres por el cariño que me dan, por apoyarme todo el tiempo en mi vida escolar y personal, y por haberme enseñado que el estudio nunca debe terminar.

A mis hermanas y sobrinas por ser parte de mi felicidad.

A Enrique Cárdenas por el cariño, paciencia, apoyo y comprensión que siempre me ha brindado; por ser un hombre sin límites para aprender, pensar e imaginar; por compartirme su felicidad y por mostrarme que se puede ser mejor cada día.

A la familia Duval Hernández y Valenzuela Duval por su acogedora manera de ser, por su solidaridad y por los consejos que me dieron durante el tiempo que he estado cerca de ellos.

A Karina Duval por la confianza que me ha tenido desde que llegue a esta Ciudad.

Alma Rosa Mora U Guerrero

Reconocimientos

A la Dra. Martha Josefina por haberme enseñado sobre la Ley del Seguro Social y por compartirme su tiempo para mejorar esta investigación.

A todos los profesores del posgrado por su enseñanza, dedicación y por impartir sus vastos conocimientos en cada una de sus clases.

A la UNAM por la beca que otorgan a alumnos que quieran dedicarse a estudiar de tiempo completo en los niveles de posgrado y que agradezco haber tenido la oportunidad de ser parte de ellos.

Al IMSS por permitirme usar su base de datos de los incapacitados y pensionados, los cuales me ayudaron a tener un mejor entendimiento del tema.

Alma Rosa Mora U. Guerrero

“Vuestro gran peligro es la invalidez permanente, producida por una enfermedad crónica, por un accidente o por la vejez que agote vuestras fuerzas. Cualquiera de estos tres riesgos os inutiliza para el ejercicio de la profesión, y si ella es la única fuente de vuestra vida, al cegarse la fuente, vuestras vidas y las de vuestros hogares se sumergen en el remolino de la miseria”.

Severino Aznar

Índice

Índice de tablas.....	VII
Índice de figuras	IX
Introducción.....	XI
Metodología de la Investigación.....	XV
I. Planteamiento del problema.....	XV
II. Justificación	XVIII
III. Preguntas de la investigación.....	XIX
IV. Objetivos de la investigación	XIX
V. Viabilidad de la investigación	XX
VI. Consecuencias de la investigación.....	XX
VII. Construcción de las hipótesis de investigación.....	XX
VIII. Tipo de estudio.....	XXI
IX. Instrumentos de recopilación.....	XXI
Capítulo I. La seguridad social.....	1
1.1 Concepto de la seguridad social	1
1.2 Historia de la seguridad social.....	4
1.2.1. Antecedentes de la protección social.....	5
1.2.2. Seguros sociales de Bismarck.....	7
1.2.3. Seguridad social de Sir William Beveridge.....	9
1.3. Organización Internacional del Trabajo	11
1.4. La seguridad social en México	13
1.4.1. Nacimiento de la seguridad social en México	13
1.4.2. Ley del Seguro Social	15
1.4.3. Instituto Mexicano del Seguro Social	20
Capítulo II. El Seguro de Enfermedades y Maternidad y el control de incapacidades temporales para el trabajo	24
2.1 Del Seguro de Enfermedades y Maternidad	24
2.1.1. Las incapacidades temporales para el trabajo	26
2.1.2. Certificados de incapacidad temporal para el trabajo.....	27
2.1.3. Prestaciones en especie y en dinero otorgadas en el Seguro de Enfermedades y Maternidad.....	30
2.1.4. Prestaciones por Maternidad (LSS, art. 85 P.2).....	33
2.1.5. Régimen financiero y conservación de derechos en el SEM.....	33
2.2 Control de Incapacidades Temporales para el Trabajo	35
2.2.1. Antecedentes del COCOITT	35
2.2.2. Generalidades del COCOITT	36

2.2.3. Ámbitos de enfoque de los COCOITT y sus funciones	37
Capítulo III. El Seguro de Invalidez y Vida y el Convenio 128 de la OIT.....	42
3.1. Del ramo de invalidez.....	42
3.1.1. Concepto	42
3.1.2. Tipos de estado de invalidez	43
3.1.3. Reglas para fijar la fecha de inicio del estado de invalidez	44
3.1.4. ¿Por qué se evalúa al asegurado para determinar un posible estado de invalidez, antes de los dos años que tiene permitido estar incapacitado?.....	45
3.1.5. Dictamen de Invalidez	45
3.1.6. Prestaciones para el asegurado en estado de invalidez.	52
3.1.7. Requisitos para obtener la pensión de invalidez	57
3.1.8. De la conservación y reconocimiento de derechos	61
3.1.9. Del régimen financiero	62
3.2. Enfermedades no profesionales que pueden provocar que a una persona se le pensione por invalidez	63
Capítulo IV. El caso del cáncer	65
4.1 Las células y su alteración genética	65
4.1.1 ¿Qué es el cáncer?	65
4.1.2 Carcinogénesis: alteraciones en el ADN y en su expresión.	67
4.2 Causas del surgimiento del cáncer.....	68
4.3 Diagnóstico del cáncer	70
4.4 Tratamientos aplicados para erradicar el cáncer	70
4.4.1 Cirugía oncológica	71
4.4.2 Radioterapia oncológica	71
4.4.3 Quimioterapia	71
4.5 Incidencia del cáncer en México	72
4.6 Características de los cinco tipos de cáncer con mayor incidencia en México	76
4.6.1 Cáncer de mama	77
4.6.2 Cáncer de próstata	78
4.6.3 Cáncer de útero.....	79
4.6.4 Cáncer de colon y recto	80
4.6.5 Cáncer de pulmón	81
Capítulo V. Bases de datos digitales del IMSS	83
Capítulo VI. Resultados	87
6.1 Asegurados incapacitados por cáncer registrados	87
6.2 Semanas de incapacidad acumuladas	93
6.3. Grupos de neoplasias malignas que padecieron los AICR.....	96

6.4. Estado de invalidez	109
6.5. Tipos de neoplasias malignas con más de 78 semanas de incapacidad	116
6.6. Edad de los AICR.....	118
6.7. Salario de los AICR.....	120
Capítulo VII. Entrevista aplicada	126
7.1. Entrevista al Jefe de invalidez de la Coordinación de Salud en el Trabajo ubicada en el Centro Médico Nacional Siglo XXI.....	126
Capítulo VIII. Análisis final de las preguntas, los objetivos y las hipótesis de la investigación	135
8.1 Preguntas de la investigación.....	135
8.2 Objetivos de la Investigación.....	138
8.3 Hipótesis de la investigación	139
Conclusiones	154
Fuentes de consulta	160
Anexos.....	169

Índice de tablas

Tabla 1. 1	Población derechohabiente del IMSS en 2014	21
Tabla 1. 2	Descripción de los tipos de asegurados en relación a su modalidad de aseguramiento.	23
Tabla 2. 1	Prestaciones en especie del ramo de enfermedades para asegurados incapacitados temporalmente para el trabajo.	31
Tabla 2. 2	Prestaciones en dinero del ramo de enfermedades para asegurados incapacitados temporalmente para el trabajo.	32
Tabla 2. 3	Integrantes en cada ámbito de enfoque del COCOITT.	37
Tabla 3. 1	Prestaciones para el asegurado en estado de invalidez.	53
Tabla 3. 2	Asignaciones familiares otorgadas en el Seguro de Invalidez y Vida de acuerdo al art. 164 de la LSS de 1973 y al art. 139 de la LSS de 1997.	56
Tabla 3. 3	Ayuda asistencial otorgada dentro del Seguro de Invalidez y Vida de acuerdo al art. 164 y 166 de la LSS de 1973 y al art. 138 y 140 de la LSS de 1997.	57
Tabla 3. 4	Requisitos necesarios para la obtención de las prestaciones del ramo de invalidez de acuerdo a la LSS de 1973.	58
Tabla 3. 5	Requisitos necesarios para la obtención de las prestaciones del ramo de invalidez de acuerdo a la LSS de 1997.	60
Tabla 3. 6	De la conservación y reconocimiento de derechos.	62
Tabla 3. 7	Defunciones totales por principales causas de mortalidad, 2012.	63
Tabla 3. 8	Dictámenes de invalidez según naturaleza de la lesión, y género de las personas dictaminadas, 2013.	64
Tabla 3. 9	Dictámenes de invalidez según naturaleza de la lesión, y género de las personas dictaminadas, 2014.	64
Tabla 4. 1	Descripción del Sistema TNM.	70
Tabla 4. 2	Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer, ambos sexos, en México, 2012.	74
Tabla 4. 3	Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer, hombres, en México, 2012.	75
Tabla 4. 4	Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer, mujeres, en México, 2012.	76
Tabla 6. 1	Asegurados incapacitados por cáncer en el RO de la LSS registrados desde 2004 hasta 2014.	88
Tabla 6. 2	Número de asegurados totales y número de asegurados trabajadores por año, desde 2004 a 2014.	90

Tabla 6. 3	Cálculo de los casos de AICR por cada asegurado en el RO de la LSS, por género.	91
Tabla 6. 4	Cálculo de los días de incapacidad acumulados por cada asegurado en el RO de la LSS, por género.	92
Tabla 6. 5	Distribución de frecuencia de los AICR, organizados en grupos de semanas de incapacidad, se abarcan los años de 2006 a 2013, por género.	93
Tabla 6. 6	Población > 78 de AICR. Frecuencia, tasa de incidencia y de tendencia de los AICR, por grupos de neoplasias malignas, desde 2006 hasta 2013.	100
Tabla 6. 7	Distribución de frecuencias de la población total de los AICR con No invalidez y Si invalidez, en los años de inicio de incapacidad de 2006 a 2013.	109
Tabla 6. 8	Frecuencia y tasa de incidencia de la población total de AICR y de la población > 78 de AICR, por grupo de edad y por año desde 2006 – 2013.	119
Tabla 6. 9	Grupos de salario en los que se encuentra la población total de AICR y de la población > 78 de AICR, por año desde 2006 – 2013.	120
Tabla 6. 10	Salario base de cotización promedio de los asegurados en el RO de la LSS, con derecho al Seguro de Enfermedades y Maternidad, en veces el SMGDF.	121
Tabla 6. 11	Prestaciones en dinero correspondientes a los días de incapacidad posteriores a las 78 semanas de la población > 78 de AICR.	121
Tabla 6. 12	CONEVAL. Ingreso necesario por persona para su bienestar alimentario y no alimentario en zona rural y urbana.	123
Tabla 6. 13	Salario base de cotización mensual en pesos, cuando se obtiene de ingreso de 1 a 5 SMGDF.	123
Tabla 6. 14	Habitantes derechohabientes del IMSS en grupos de familias, por zona rural y zona urbana.	125
Tabla 8. 1	Reformas al contenido de la LSS de 1943 hasta la publicación de la LSS de 1973.	14
Tabla A. 1	Divisiones y subdivisiones de la Estructura orgánica del IMSS.	172

Índice de figuras

Gráfica 4. 1	Comparación de la incidencia y mortalidad de los 20 cánceres con mayor incidencia en México durante 2012, ambos sexos.	74
Gráfica 4. 2	Comparación de los veinte cánceres con mayor incidencia en México durante 2012, hombres, tanto en su incidencia, como en su mortalidad.	75
Gráfica 4. 3	Comparación de los veinte cánceres con mayor incidencia en México durante 2012, mujeres, tanto en su incidencia, como en su mortalidad.	76
Gráfica 6. 1	Pirámide de población total de asegurados incapacitados por cáncer en el RO de la LSS registrados desde 2004 hasta 2014.	88
Gráfica 6. 2	Tendencia del registro del número de asegurados incapacitados por Cáncer, de hombres y de mujeres, de los años 2006 a 2013.	89
Gráfica 6. 3	Pirámide de los asegurados trabajadores pertenecientes al RO de la LSS de 2004 a 2014.	90
Gráfica 6. 4	Casos de AICR, por cada asegurado en el RO de la LSS, por género.	91
Gráfica 6. 5	Días de incapacidad acumulados por cada mujer y hombre asegurados en el RO de la LSS.	92
Gráfica 6. 6	Distribución de frecuencia de los AICR organizados en grupo de semanas de incapacidad acumuladas, de 1 a 78 semanas.	95
Gráfica 6. 7	Distribución de frecuencia de los AICR organizados en grupo de semanas de incapacidad acumuladas mayores a 78 semanas.	95
Gráfica 6. 8	Número de los diferentes tipos de cáncer o de neoplasias malignas encontradas en la BDI, por año de inicio de la incapacidad (2006 – 2013).	96
Gráfica 6. 9	Frecuencia de los AICR hombres y mujeres en cada grupo de diagnóstico de neoplasias malignas por cada año desde 2006 hasta 2013 y en todos los años en conjunto.	101
Gráfica 6. 10	Frecuencia de los AICR hombres y mujeres con incapacidades acumuladas mayores a 78 semanas, en cada grupo de diagnóstico de neoplasias malignas por cada año desde 2006 hasta 2013 y en todos los años en conjunto.	102
Gráfica 6. 11	Tasa de incidencia de la población total de AICR, por género y en cada grupo de neoplasias maligna, respecto de todos los años en conjunto.	105
Gráfica 6. 12	Tasa de incidencia de la población >78 de AICR, por género y en cada grupo de neoplasias maligna, respecto de todos los años en conjunto.	105

Gráfica 6. 13	Comparación de las tasas de incidencia de la población y de la población >78 de AICR, por grupo de neoplasias malignas.	105
Gráfica 6. 14	Tasa de tendencia de cada grupo de diagnóstico de neoplasias malignas de cada año de análisis, desde 2006 a 2013.	107
Gráfica 6. 15	Estados de invalidez de la población total de AICR y de la población >78 de AICR.	110
Gráfica 6. 16	Pirámide de AICR que presentan invalidez, por grupos de semanas de incapacidad acumulada.	110
Gráfica 6. 17	Probabilidad de ocurrencia de la invalidez en cada grupo de semanas de incapacidad acumulada.	111
Gráfica 6. 18	Población total y Población >78 de los AICR. Frecuencia de los AICR en los estados de invalidez temporal, definitiva y total, por año de inicio de la incapacidad.	112
Gráfica 6. 19	Tasa de incidencia de los AICR a los que NO se les determinó invalidez por grupos de semanas de incapacidad en cada grupo de neoplasias malignas.	114
Gráfica 6. 20	Tasa de incidencia de los AICR a los que SI se les determinó invalidez por grupos de semanas de incapacidad en cada grupo de neoplasias malignas.	114
Gráfica 6. 21	Población > 78. Frecuencia de los AICR con solo incapacidades, frecuencia de los AICR con incapacidades e invalidez y semanas promedio de incapacidad que se necesitaron en cada tipo de cáncer.	117
Gráfica 6. 22	Frecuencia de la población total de AICR por grupo de edad y género.	119
Gráfica 6. 23	Frecuencia de la población > 78 de AICR por grupo de edad y género.	119
Gráfica 6. 24	Número de personas que se pueden sostener al obtener un ingreso de 1 a 5 SMGDF, en la zona rural.	124
Gráfica 6. 25	Número de personas que se pueden sostener al obtener un ingreso de 1 a 5 SMGDF, en la zona urbana.	125

Introducción

Desde el nacimiento de la seguridad social en México, con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se ha tratado de proteger al trabajador de acontecimientos que puedan perjudicarlo en su ingreso (salario), puesto que cada día se encuentra amenazado por los riesgos que le rodean en el trabajo y en su vida personal.

Para la protección de estos riesgos, en el Régimen Obligatorio (RO) de la Ley del Seguro Social (LSS) se tienen establecidos los siguientes seguros: el Seguro de riesgos de trabajo, el Seguro de enfermedades y maternidad, el Seguro de invalidez y vida, el Seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y el Seguro de guarderías y prestaciones sociales. Con los seguros ofrecidos el trabajador tiene la protección necesaria ante cualquier acontecimiento inesperado que le pueda suceder, como: las enfermedades y los accidentes profesionales, las enfermedades y los accidentes no profesionales; la maternidad y el cuidado de los hijos a partir de los 43 días de su nacimiento hasta los cuatro años de edad; la cesantía en edad avanzada, la vejez y la muerte.

El Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) brinda atención médica a asegurados, pensionados y a los beneficiarios de ambos a través de los servicios de salud que se otorgan en el IMSS. Un asegurado que padezca una enfermedad no profesional puede ser declarado incapacitado temporalmente para el trabajo por su médico tratante cuando se encuentre no apto para realizar su actividad laboral.

El asegurado incapacitado temporalmente para el trabajo tiene derecho a que se le otorguen, en el ramo de Enfermedades, prestaciones en especie y en dinero. Las prestaciones en especie son la asistencia médica desde el inicio de la enfermedad y hasta por 52 semanas, pero en caso de que persista la enfermedad se le puede otorgar una prórroga de hasta 52 semanas más, previo dictamen médico, es decir, los asegurados pueden durar hasta 104 semanas con incapacidad temporal para el trabajo. Las prestaciones en dinero son una ayuda económica denominada subsidio en dinero, que corresponde al 60% del último salario base de cotización (SBC), otorgado desde el cuarto día de incapacidad y hasta por 52 semanas, además se puede prorrogar el periodo de la entrega del subsidio hasta por 26 semanas más, previo dictamen médico. En resumen, el subsidio se puede otorgar hasta por 78 semanas.

Cuando se prorrogan las incapacidades más de 78 semanas, a partir del inicio de la semana 79 se le debe de otorgar al asegurado prestaciones económicas pagadas en el ramo de invalidez de acuerdo al segundo criterio de otorgamiento de la pensión de invalidez temporal establecido en el artículo 121 de la LSS.

Con la presente investigación se pretende determinar si existen casos en donde los asegurados que padezcan una enfermedad no profesional, en específico las neoplasias malignas o como son conocidas coloquialmente “el cáncer”, requieran de incapacidades temporales para el trabajo por más de 78 semanas. Además, se precisa señalar si les otorgan las prestaciones en dinero pagadas en el ramo de invalidez.

La expedición de incapacidades temporales para el trabajo es una obligación que tienen los médicos en el IMSS y la obtención de esas incapacidades es un derecho que tienen los asegurados que se encuentran en esa situación. Los derechos de seguridad social que adquieren los asegurados están fundamentados en la Ley del Seguro Social y sus Reglamentos y, a su vez, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Desde una perspectiva global y desde tiempos muy remotos, la sociedad se ha preocupado por proteger a sus miembros de las consecuencias de padecer un riesgo social, así fue como nació la seguridad social hace 70 años. En esta tesis, se señala dentro del Capítulo I, desde la conceptualización de la seguridad social, sus antecedentes y su origen en Inglaterra y su incorporación a las Leyes Mexicanas, haciendo también hincapié en los aspectos más relevantes del aseguramiento de trabajadores y otros sujetos al Régimen Obligatorio de la LSS.

En el Capítulo II, específicamente en el primer subcapítulo, se mencionan y explican las prestaciones en especie y en dinero que se otorgan dentro del SEM (con enfoque en enfermedad general) para conocer las razones de su otorgamiento, qué comprenden, su durabilidad, los sujetos que son protegidos a partir de su otorgamiento, su financiamiento y el periodo de conservación de derechos al que puede acceder un asegurado que se quede sin empleo remunerado. Además, en el segundo subcapítulo se estudia la forma en la que el IMSS lleva un control del otorgamiento de las prestaciones del SEM, a través del Comité de Control de Incapacidad Temporal para el Trabajo denominado COCOITT.

Después de que se les ha proporcionado prestaciones en especie a los asegurados a los que se les extiende incapacidades temporales para el trabajo por

una enfermedad no profesional y se observa que no mejoran, y debido a ello no pueden realizar su trabajo habitual, se les envía a Salud en el Trabajo del IMSS para evaluarlos¹ y determinarles si se encuentran en un posible estado de invalidez. Debido a lo anterior, en el Capítulo III se analizan las características del Seguro de Invalidez y Vida, para conocer las razones para que a un asegurado incapacitado se le evalúe su condición de salud, en cualquier momento, y determinar si presenta un estado de Invalidez temporal o definitiva.

Las características del Seguro de Invalidez y Vida del RO de la LSS que son analizadas en el Capítulo III, se enfocan específicamente en el ramo de Invalidez, entre ellas están: el concepto de invalidez, el procedimiento que se lleva a cabo para determinarlo ante el IMSS, el Dictamen de Invalidez, las prestaciones que reciben los pensionados, el régimen financiero, la conservación de derechos y las enfermedades que pueden provocar un posible estado de invalidez a un asegurado.

Debido a que en esta investigación se analiza el contenido de diversas disposiciones jurídicas mexicanas, como la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley del Seguro Social, el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, entre otras, es necesario señalar que se utilizaron aquellas vigentes hasta el 2 de febrero de 2017.

Además, como esta investigación se enfoca en los asegurados que padecen cáncer, en el Capítulo IV se explican los aspectos más relevantes de esta enfermedad, desde su concepto, las causas que lo originan, la forma de diagnosticarlo, los tratamientos utilizados para su eliminación, la incidencia y mortalidad en México, y las características más importantes de los cinco tipos de cáncer con más incidencia en México.

Es importante señalar que el cáncer es una enfermedad crónica que sufren tanto hombres como mujeres, en México es la tercera causa de muerte y también la segunda causa de otorgamiento de pensiones de invalidez. Para tratar el cáncer, el IMSS pone a disposición de sus derechohabientes, el departamento oncológico en las Unidades Médicas Familiares (UMF) y la especialidad en oncología en las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), donde son

¹ Es importante señalar que, además de los asegurados incapacitados, también son evaluados aquéllos asegurados que no tuvieron, previamente, incapacidades temporales para el trabajo o las personas que se encuentran en conservación de derechos para el Seguro de Invalidez y Vida.

tratados los pacientes que lo requieren y que obtuvieron el pase de las unidades de primer y segundo nivel ubicadas en su delegación de atención.

En el capítulo V se hace una explicación detallada del contenido de dos bases de datos digitales que fueron proporcionadas por la Coordinación de Prestaciones Económicas del IMSS para realizar un análisis cuantitativo a la información incluida y, con ello, lograr los objetivos planteados y dar respuesta al problema de investigación.

Posteriormente, en el Capítulo VI se presentan los resultados derivados del estudio de las dos bases de datos en donde se analizaron variables cuantitativas como Número de Asegurados Incapacitados por Cáncer registrados, Semanas de Incapacidad Acumulada, Neoplasias malignas padecidas por los asegurados, Pensiones de invalidez, Salario y Edad.

Otro instrumento de recolección de datos que se utilizó fue la entrevista, a partir de la cual se conocieron y comprendieron aspectos muy importantes de la investigación. En el capítulo VII se muestra el contenido esencial de la entrevista al Jefe de Invalidez de la Coordinación de Salud en el Trabajo ubicada en el Centro Médico Nacional Siglo XXI en la Ciudad de México.

En el Capítulo VIII se hace un análisis final de las preguntas, los objetivos y las hipótesis planteadas en la investigación y, posteriormente, se presentan las conclusiones del trabajo.

Enseguida están las fuentes consultadas divididas en: libros, capítulos de libros y artículos científicos, y en páginas web.

Adicionalmente, se cuentan con cuatro anexos al final de la investigación. En el anexo 1 se encuentra Solicitud de información estadística a la Coordinación de Prestaciones Económicas del IMSS y en el anexo 2 está la Carta de la Coordinación de Prestaciones Económicas en donde autoriza compartir la información estadística para esta tesis. El siguiente anexo es la carta de anuencia del Jefe de invalidez de la Coordinación de Salud en el Trabajo ubicada en el Centro Médico Nacional Siglo XXI, en la Ciudad de México. Por último, se señala como anexo 4 la estructura orgánica del IMSS, para efecto de conocer los Órganos que la integran, incluyendo la Dirección de Prestaciones Económicas.

Metodología de la Investigación

I. Planteamiento del problema

Desde 1943 hasta el año actual han habido tres leyes del Seguro Social, que fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación (DOF) en el año de 1943 (abrogada), en 1973 (derogada) y en 1995 (vigente), en cada Ley se incluyeron cambios referentes a los sujetos protegidos, prestaciones otorgadas o seguros ofrecidos, entre otros.

A pesar de los cambios y reformas al contenido de estas Leyes, los legisladores han mantenido el fin esencial de la promulgación de la Ley del Seguro Social (LSS) en cada una de ellas, que es proteger al trabajador por medio del otorgamiento de prestaciones en especie y en dinero, ante riesgos inesperados que no le permitan el desarrollo de sus actividades laborales para la obtención del salario.

Dentro de la Exposición de Motivos de la LSS de 1943, se explica la importancia de la protección del salario para un trabajador a través del Seguro Social. La importancia radica en que el jornal es el sustento principal del trabajador y de su familia, que al perderse se desestabiliza su forma de vida y trae consecuencias negativas, como: endeudamiento, pérdida de activos fijos y otros objetos de valor para solventar gastos, abandono escolar de los hijos en edades tempranas para incursión en la vida laboral, etc.

Otro argumento que se señala es que los riesgos laborales² (enfermedades y accidentes de trabajo), los riesgos fisiológicos (enfermedades y accidentes no de trabajo, invalidez, vejez y muerte) y los riesgos del medio familiar (como el riesgo de no poder cuidar a los hijos durante la jornada laboral, a partir de que cumplen 43 días de nacidos hasta los 4 años de edad), no se pueden evitar pero se puede minimizar las consecuencias por su ocurrencia a través de las prestaciones en especie y en dinero que les otorga la LSS a los asegurados que padecen un riesgo.

Las prestaciones en especie son la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que se le otorga al asegurado, pensionado y a los

²La clasificación de riesgos mencionada se tomó de la clasificación de riesgos de Bowen en a) Riesgos del medio físico, b) Riesgos del medio social – económico, c) Riesgos laborales, d) Riesgos fisiológicos y e) Riesgos del medio familiar (Bowen, 1992, p. 16-17)

beneficiarios de ambos, en caso de que presenten un padecimiento. Las prestaciones en dinero son ayudas en dinero a las que tiene derecho de recibir un asegurado o pensionado. En la LSS reciben los nombres de: pensiones, subsidio en dinero y ayudas asistenciales. Dependiendo del tipo de riesgo que se le haya suscitado al asegurado será el monto que tenga derecho a recibir, el tiempo de la percepción y el nombre que va a recibir la prestación económica. No obstante, los beneficiarios de los pensionados también tienen derecho a recibir prestaciones en dinero.

Para que un asegurado sea participe del derecho a recibir las prestaciones en especie y en dinero que se otorgan por medio de la LSS, el patrón debe afiliarlos al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como parte de sus obligaciones. También pueden afiliarse los socios de sociedades cooperativas y las personas que determine el Ejecutivo Federal mediante decreto, así como aquéllos que se incorporen de manera voluntaria.

Cabe mencionar que el Seguro Social comprende dos regímenes, el Régimen Obligatorio y el Voluntario. Los riesgos laborales, fisiológicos y los del medio familiar se atienden dentro de los Seguros ofrecidos en el Régimen Obligatorio de la LSS, como el Seguro de Riesgos de Trabajo; Seguro de Enfermedades y Maternidad; Seguro de Invalidez y Vida; Seguro de Retiro, Cesantía en edad avanzada, y Vejez; y el Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales.

El Seguro de Enfermedades y Maternidad ofrece al asegurado/a, al pensionado/a y a los beneficiarios de ambos (esposa o concubina, concubinario, hijos y padres) asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria (prestaciones en especie) desde el comienzo de una enfermedad no profesional.

Cuando un asegurado padece una enfermedad no profesional puede estar o no imposibilitado para desempeñar su actividad laboral habitual. En caso de que no pueda desempeñarla se considerará que está incapacitado temporalmente para el trabajo, esto quiere decir, que no puede acudir a trabajar mientras se encuentre en ese estado.

La incapacidad temporal para el trabajo es detectada por el médico tratante durante la consulta médica a la que acudió el asegurado por padecer una enfermedad no profesional. Cuando es detectada, el médico tratante le extiende al asegurado un certificado de incapacidad temporal para el trabajo (CITT), que es un documento legal que ampara la incapacidad del asegurado, éste debe entregárselo a su patrón para demostrar la razón por la que no puede asistir a

trabajar. Mientras el asegurado reciba esos certificados su inasistencia no podrá ser considerada como una falta al trabajo.

Si un asegurado se encuentra incapacitado temporalmente para el trabajo por una enfermedad no profesional, tendrá derecho a que se le otorguen prestaciones en especie hasta por 52 semanas para una misma enfermedad no profesional, pero en caso de que no se haya recuperado al finalizar dicho periodo se le puede otorgar una prórroga de hasta 52 semanas más, previo dictamen médico, para que continúe con tratamiento médico con la finalidad de que, posteriormente, pueda reincorporarse a su vida laboral. No se contarán dentro del periodo mencionado, las semanas en las que el asegurado pueda trabajar y se sigan pagando las cuotas obrero-patronales, aunque se le siga dando tratamiento médico.

El asegurado incapacitado también tiene derecho a que se le otorgue un subsidio en dinero correspondiente al 60% de su último salario base de cotización, a partir del 4º día de incapacidad y hasta por un plazo de 52 semanas, pero si no se ha recuperado y continúa incapacitado después de este periodo, se le puede otorgar una prórroga hasta por 26 semanas más, previo dictamen médico (LSS, art. 96).

En estos últimos dos párrafos es posible percatarse que un asegurado que padece una enfermedad no profesional y está incapacitado temporalmente para el trabajo, tiene derecho a recibir tratamiento médico hasta por 52 semanas y podrá otorgársele una prórroga de hasta 52 semanas más; a su vez tiene derecho a recibir un subsidio en dinero hasta por 52 semanas y podrá otorgársele una prórroga hasta por 26 semanas más.

Por tanto, el problema de investigación es la desprotección económica hasta por 26 semanas que pueden adolecer los asegurados que se encuentran incapacitados temporalmente para el trabajo dentro del ramo de enfermedades, con enfoque en los aquéllos que padecen cáncer, por ser una enfermedad que puede durar tiempo indefinido con basta extensión de incapacidades. Empero, el ramo de invalidez le otorga al asegurado una prestación económica durante las 26 semanas que faltan, denominada en el artículo 121 de la LSS como pensión por invalidez temporal.

En el art. 121 de la LSS se establecen dos razones en las que se otorga la pensión por invalidez temporal, que son:

- 1) Al asegurado en los casos de existir posibilidad de recuperación para el trabajo, o sea que se encuentre en estado de invalidez temporal, o
- 2) Cuando por continuación de una enfermedad no profesional se termine el disfrute del subsidio y la enfermedad persiste.

En el primer criterio se atiende al fin particular del ramo de invalidez, que es otorgarle al asegurado que se encuentra en estado de invalidez una prestación en dinero. Pero en el segundo criterio se expone el interés del legislador a otorgar una pensión por invalidez temporal cuando se termina el disfrute del subsidio del ramo de enfermedades mientras todavía persista la enfermedad, esto permite recordar a las 26 semanas en que queda desprotegido el asegurado enfermo de una prestación económica.

Debido al problema encontrado y al segundo criterio de otorgamiento de la pensión de invalidez temporal, el objetivo de esta investigación es cuantificar la frecuencia de incapacidades temporales para el trabajo con un periodo de 52 semanas adicionadas con una prórroga mayor a 26 semanas en el Seguro de Enfermedades y Maternidad y conocer si se aplica el otorgamiento de la pensión por invalidez temporal durante las últimas 26 semanas de prórroga a las que tiene derecho el asegurado de recibir prestaciones en especie en este Seguro.

II. Justificación

De acuerdo a Gómez-Maqueo y Heredia (2012) el Censo de población del INEGI de 2010 señala que el 45% de los hogares tienen solamente a un miembro que trabaja y sostiene a la familia, en el 31.3% de las familias son dos miembros los que se ocupan y en el 15% de los casos son 3 personas. Por tanto, es importante para los tres casos que en ningún momento algún integrante deje de tener ingresos monetarios, porque puede afectar el equilibrio de esa familia mexicana, más aún a los hogares con una única fuente de recursos económicos y que desafortunadamente es la característica de casi la mitad de los hogares mexicanos.

Debido a lo anterior es importante conocer si los asegurados llegan a tener una prestación económica durante todo el tiempo que están incapacitados temporalmente para el trabajo.

Para la realización de esta investigación fue necesario limitar el estudio de la población de asegurados incapacitados temporalmente para el trabajo, a

aquellos que padecieron cáncer. Se escogió como enfermedad no profesional al cáncer porque es una enfermedad crónica que puede prevalecer por tiempo indefinido en un individuo. Esta prevalencia se debe a la reincidencia del cáncer en un individuo y a la metástasis que pueden formar las células alteradas de un tejido al invadir otros tejidos. El tiempo indefinido se traduce en la posible expedición de certificados que amparan las incapacidades temporales para el trabajo a los asegurados que padecen cáncer.

El cáncer es un problema de salud pública, ya que causa una enorme pérdida de vidas humanas y recursos económicos; es la segunda causa de mortalidad en el país, con respecto a datos de mortalidad del INEGI, y es la segunda causa de realización y aprobación de dictámenes de invalidez en el IMSS.

III. Preguntas de la investigación

Las preguntas de esta investigación son las siguientes:

Cuantitativas

- 1) *En los años 2006 – 2013 ¿Con que frecuencia los asegurados que padecen cáncer son incapacitados temporalmente para el trabajo un periodo de 52 semanas adicionadas con una prórroga mayor a 26 semanas?*

Cualitativas

- 1) *¿Los asegurados que padecen cáncer y que han estado incapacitados temporalmente para el trabajo por un periodo de 52 semanas adicionadas con una prórroga mayor a 26 semanas acceden a una prestación económica por el ramo de invalidez?*

IV. Objetivos de la investigación

Objetivo General

Cuantitativo

Determinar la frecuencia de incapacidades temporales para el trabajo del Seguro de Enfermedades y Maternidad mayores a 78 semanas.

Cualitativo

Indicar si a los asegurados incapacitados por cáncer que tienen más de 78 semanas acumuladas de incapacidad temporal para el trabajo, se les otorga una prestación económica en el ramo de invalidez a partir de las 78 semanas de incapacidad y hasta la semana de incapacidad en la que se recuperen o hasta las 104 semanas de incapacidad que tienen permitidos (lo que les ocurra primero).

Objetivos Específicos

Cuantitativos

Analizar el tiempo de incapacidad temporal para el trabajo que tiene acumulado cada asegurado bajo la LSS que padece cáncer, para determinar si hay casos en donde estén más de 78 semanas con incapacidades.

Cualitativos

Examinar el contenido de diversas disposiciones jurídicas mexicanas e internacionales para interpretar lo señalado en el artículo 121 de la Ley del Seguro Social.

Entrevistar a expertos en el tema de prestaciones de la Ley del Seguro Social y de invalidez por cáncer.

V. Viabilidad de la investigación

El estudio es viable, porque se utiliza información estadística del IMSS relativa al tiempo de incapacidad temporal para el trabajo que se han otorgado por medio de los certificados de incapacidad temporal para el trabajo a los asegurados que padecen cáncer.

VI. Consecuencias de la investigación

Con este estudio se determinará si existen casos en los que los asegurados que padecen cáncer llegan a estar incapacitados por un periodo de 52 semanas adicionales con una prórroga mayor a 26 semanas y se les otorga la prestación en dinero del ramo de invalidez durante las últimas 26 semanas cubiertas de prestaciones en especie en el ramo de Enfermedades.

VII. Construcción de las hipótesis de investigación

H₁. Los asegurados que padecen cáncer pueden llegar a estar incapacitados por más de 78 semanas.

H₂. A los asegurados que padecen cáncer y que llegan a tener más de 78 semanas de incapacidad temporal para el trabajo se les otorga una prestación económica con cargo al Seguro de Invalidez y Vida durante las últimas 26 semanas a las que tienen derecho de prestaciones en especie en el ramo de Enfermedades.

VIII. Tipo de estudio

La presente investigación cuyo título es “Prestaciones en dinero del ramo de Enfermedades que son cubiertas en el ramo de invalidez para asegurados en el Régimen Obligatorio de la Ley del Seguro Social que se encuentran incapacitados por cáncer”, tiene un enfoque cuantitativo debido a que se obtienen resultados a partir de un análisis descriptivo de una base de datos proveniente del IMSS, que comprende los años 2006-2013, por tanto, se realiza una investigación no experimental con diseño longitudinal de tendencia (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, pp. 152, 159 - 160).

El alcance del estudio es descriptivo porque busca especificar las características relacionadas con la duración de las incapacidades temporales para el trabajo de asegurados en el RO de la LSS que padecen cáncer y las prestaciones en dinero que reciben estos asegurados.

Este trabajo también tiene un enfoque cualitativo porque a partir del análisis a diversas Disposiciones Jurídicas Mexicanas se determina si se otorgan prestaciones económicas a los asegurados con más de 78 semanas de incapacidad acumulada.

IX. Instrumentos de recopilación

La obtención de los datos es a partir de bases de datos digitales que contienen información de 2006 – 2013 con el propósito de determinar la frecuencia en que los asegurados que padecen cáncer lleguen a tener más de 78 semanas de incapacidad temporal para el trabajo en el ramo de Enfermedades.

Estas bases de datos corresponden a información recabada de la Coordinación de Prestaciones Económicas del IMSS de toda la República Mexicana respecto a los CITT del ramo de Enfermedades, de asegurados

hombres y mujeres que padecen un tipo de cáncer identificado con el Código CIE versión 10 (última versión al conseguir la información). Además, se recopilan datos cuantificables por medio de revisión documental de fuentes estadísticas del IMSS y de otras instituciones públicas.

Capítulo I. La seguridad social

En relación al objetivo de esta investigación, que se enfoca en las prestaciones en dinero y en especie que reciben los trabajadores asegurados en el Régimen Obligatorio de la Ley del Seguro Social, como parte de la protección otorgada con la seguridad social en México; en este capítulo se analiza el concepto de seguridad social, los riesgos sociales que protege y la importancia de su otorgamiento, sus antecedentes desde las primeras formas de protección social, su nacimiento en Inglaterra y su posterior implementación en México; así como su fundamentación en las Disposiciones Jurídicas Mexicanas.

1.1 Concepto de la seguridad social

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la seguridad social se define como “la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos” (Gobierno de la República, 2013, p. 49).

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos se reconoce el Derecho de Seguridad Social que tiene toda persona por ser parte de una sociedad, mediante la satisfacción de sus derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad (ONU, 1948, artículo 22).

Por tanto, la seguridad social se podría definir como la protección que debe otorgar un país a toda su población para sobrellevar las consecuencias de los *riesgos sociales* a los que se encuentran propensos, sin distinguir la situación laboral en la que se encuentre la persona que lo recibe.

Los riesgos que pueden padecer los miembros de una sociedad son considerables, entre ellos están los relacionados a aspectos médicos y

económicos, por ello, los países han buscado implementar políticas de seguridad social que puedan proteger a su población, así como hay Organizaciones Internacionales que promulgan normatividad para uniformar la implementación de la seguridad social en todo el mundo.

El Abogado y Catedrático Alfredo Bowen Herrera en su libro “Introducción a la seguridad social” (1992, p.16-17), clasificó los riesgos en cinco grupos:

a. Riesgos del medio físico:

Como Terremotos, explosiones volcánicas, inundaciones, derrumbes, maremotos, entre otros.

b. Riesgos del medio social – económico:

Como la guerra y los daños que se ocasionan en los países que la sufren; inflaciones y deflaciones monetarias; imposibilidad de pago de deuda externa; golpes de Estado; contaminación de agua, suelo y aire en un país; embargo de tierras a agricultores en países con atenuantes problemas en la legalidad, entre otros.

c. Riesgos del medio familiar.

Nacimiento de los hijos.

d. Riesgos de orden fisiológico.

Enfermedad, invalidez, vejez y muerte.

e. Riesgos laborales.

Inseguridad en el empleo, la cesantía, el salario bajo, accidentes y enfermedades de trabajo.

Con la seguridad social no se protege de todos los riesgos, sino que solamente se atienden a los riesgos sociales. Entre los riesgos clasificados por Bowen, se encuentran los riesgos sociales como los *riesgos del medio familiar*, los *riesgos del orden fisiológico* y los *riesgos laborales*.

El Sociólogo Severino Aznar realizó específicamente una clasificación de riesgos sociales protegidos con la seguridad social (Bowen, 1992, p.21), es la siguiente:

- a) De origen patológico: enfermedad, invalidez y accidentes de trabajo.
- b) De origen biológico: maternidad, vejez y muerte.
- c) De origen económico social: Paro forzoso y cargas familiares.

De acuerdo con Redja y Myers (en Solís y Villagómez, 1999, pp. 17-19), la seguridad social puede ser otorgada a partir de diversos programas como el seguro social, asistencia social, programas universales, obligatorios para patrones y otros voluntarios individuales. La implementación de la seguridad social a partir de estos programas pretende cubrir cinco importantes objetivos en una población, los cuales fueron tratados por Barr (en Solís y Villagómez, 1999, pp. 19-21) y son los siguientes:

1. Mantener la calidad de vida. Se compone de tres elementos.
 - 1.1. Superación de la pobreza de la población.
 - 1.2. Protección de los promedios de bienestar de la población con la finalidad de evitar fluctuaciones bruscas.
 - 1.3. Necesidad de suavizar las pautas de ingresos y consumo de los individuos buscando la redistribución intertemporal de sus recursos.
2. Reducción de la desigualdad. Se compone de dos elementos.
 - 2.1. Redistribución de los ingresos hacia los individuos de más bajos ingresos.
 - 2.2. Distribución equitativa entre los costos y beneficios del sistema.
3. Integración social. Atiende los criterios de dignidad y solidaridad.
 - 3.1. Diferenciar entre un beneficio visto como un derecho y no como caridad.
 - 3.2. No vincular los beneficios del sistema con la posición del beneficiario.
4. Eficiencia. Se refiere a estructurar un sistema que evite distorsiones micro y macro económicas. Como las decisiones que toma un individuo cuando establece un ahorro o cuando participa en el mercado laboral.
5. Factibilidad administrativa. Evitar abusos, corrupción o ineficiencias administrativas.

Cada programa de seguridad social permite la consecución de uno o varios fines. En México, se otorgan todos los programas mencionados, dependiendo de las características de la población a la que estén enfocados. Los seguros sociales se otorgan a trabajadores formales del sector público y privado. La asistencia social abarca a la población que no puede acceder a los seguros sociales por que no cumplen con los lineamientos de las Leyes que los rigen. Los programas universales son proporcionados por el Gobierno a un sector de la población, como la pensión universal. Un ejemplo de los que son obligatorios para los patrones es el pago del 5% para la cuenta individual de vivienda de cada trabajador formal. Dentro de los voluntarios individuales está la incorporación voluntaria que puede tramitar una persona que cumpla con los requisitos del artículo 13 de la LSS.

En México, los seguros sociales son otorgados a través de diversas instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto de seguridad social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM). A través de ellos, se otorgan prestaciones económicas y sociales para contrarrestar las consecuencias económicas y sociales negativas que sufre la población que padece un riesgo social. Los riesgos sociales pueden condenar a las generaciones venideras a vivir con bajos recursos económicos, de ahí la importancia de que sean atendidos y protegidos aquéllos que los padecen.

En Solís y Villagómez, 1999, p. 7 se alude al papel fundamental que representa la seguridad social en un país, debido a que es: “un mecanismo para mantener el ingreso y para combatir la pobreza por medio de transferencias de beneficios, monetarios o en especie, a los grupos de población menos favorecidos”, en relación a lo último mencionado, la transferencia de beneficios se hace a toda la población, sin distinción de estratos sociales.

La consecución de la implementación de la seguridad social en diversos países y en México, es el resultado del proceso evolutivo de las protecciones sociales impuestas desde la época del hombre primitivo hasta la normatividad vigente. Por lo tanto, en los siguientes subcapítulos se señala la evolución de la protección social a través del espacio – tiempo hasta la implementación de la seguridad social, a nivel internacional y nacional, con énfasis en las Disposiciones Jurídicas Mexicanas que la norman.

1.2 Historia de la seguridad social

Desde la época del hombre primitivo, el ser humano ya sufría de muchas inseguridades, debido a que temía padecer penurias como la falta de alimento y de agua, los estragos de los cambios de clima, las consecuencias de los ataques de animales, entre otros; es por ello que las personas comenzaron a agruparse en sociedad para buscar un respaldo en los demás y así se formaron las primeras comunidades primitivas (García, 1955, p.25).

Uno de los acontecimientos más importantes en la historia de la humanidad para contrarrestar parte de la inseguridad fue el descubrimiento de la agricultura, puesto que, les proporcionó a las personas seguridad alimenticia y, además, les permitió asentarse en un solo lugar y crear pequeñas aldeas donde podían

defenderse mejor de los animales salvajes. También aumentó la natalidad en las poblaciones y se inició la domesticación de algunas especies de animales.

Posteriormente, surgieron las guerras entre aldeas para conseguir las pertenencias (cultivos, animales domesticados y otros objetos) que tenían las comunidades cercanas. Debido a la interacción suscitada entre varias poblaciones surgieron los contagios de las enfermedades, las epidemias, la invalidez, la muerte provocada., etc.

1.2.1. Antecedentes de la protección social

A causa del surgimiento de los riesgos sociales mencionados, en las primeras civilizaciones del mundo se crearon las primeras formas de protección social para contrarrestar las inquietudes de algunos sectores de su población.

En la civilización griega y romana se implementaron sistemas de ayuda mutua, así como la formación de asociaciones de caridad y hermandades para ayudar a los necesitados. De acuerdo con Ruiz (2001, p.57) fue el surgimiento de lo que al día de hoy le llamamos la solidaridad social.

En la Edad Media (Siglo V y XV), Ruiz (2001, p.57) menciona que las primeras formas de protección social las otorgaba el Estado, organizaciones privadas y religiosas, en donde proporcionaban ayuda en dinero, productos o servicios, a través de casas de caridad, asilos y conventos.

Un acontecimiento importante para la previsión social, posteriormente, fue la promulgación de la Ley de Pobres en Inglaterra o Ley de Isabel I expedida en 1601, también se le conoce como antigua Ley de Pobres, en donde se establecieron los principios de un sistema nacional de ayuda legal y obligatoria a los pobres. Con ella se crearon hospicios para inválidos y ancianos, se prohibía el vagabundeo, se ayudaba de manera económica a los necesitados, se mandaba a prisión a quien pudiendo trabajar no lo hiciera (por falta de gusto al mismo), se enseñaba oficios a los niños, entre otros. La ayuda dependía de la pobreza del individuo que la solicitaba (Rodríguez, 2003, pp. 118 - 120).

En la época del Feudalismo (aproximadamente entre los siglos IX y siglo XV), las organizaciones de defensa y asistencia social eran los gremios de mercaderes, las cofradías de artesanos, las órdenes religiosas, las casas señoriales, las corporaciones y las guiadas. Sin embargo, no todas las personas podían acceder a su ayuda, sino que solamente se otorgaba a integrantes privilegiados (Ruiz, 2001, p.58).

En la época de la colonia (siglo XV al siglo XIX, dependiendo del lugar de referencia), las organizaciones que se preocuparon por brindar ayuda social eran las cajas de ahorro y los montepíos. También surgieron las hermandades de socorro (fundadas por San Francisco de Asís) que brindaban auxilio y consuelo al hermano (creyente de la religión que profesaban) que lo necesitara (Ruiz, 2001, p.58).

Cabe mencionar que en el Siglo XIV surge en Venecia el seguro marítimo, primera forma eficaz de los seguros privados y que da pie a la “teoría del riesgo” (que se refiere a lo que sucede en un contrato donde quedan establecidas dos partes, el acreedor o dueño del bien y el deudor que se compromete a devolver el bien cuando la cosa, que es objeto del contrato, se pierde o daña por un caso fortuito). Esta teoría es la base de las compañías de seguros privados con fines de lucro actuales (Ruiz, 2001, p.58).

En el siglo XVIII en Gran Bretaña se establecieron sistemas de pensiones estatales para los funcionarios de mayor rango del sector público (ya sea civil o militar), y en el siglo XIX se difundieron a otros países de Europa y fuera del continente. Llegaron a entregarse a trabajadores de menor rango y a veteranos de guerra. Estos sistemas de pensiones fueron pensados por el Estado para establecer una manera eficiente de retiro de sus empleados de edad avanzada (Pons y Rodríguez, 2010, pp.53-54).

En este mismo siglo XVIII surgió la etapa llamada revolución industrial, gracias a la invención de la máquina de vapor de James Watt, en 1776, que sirvió para implementar nuevos sistemas de producción como la producción en línea o en masa, que permitieron crear industrias donde se utilizaban máquinas de vapor y telares mecánicos para la producción. Es así como los trabajadores comenzaron a ser desplazados. Aquéllos que tenían trabajos en las fábricas, tenían condiciones laborales muy degradantes, sin higiene ni seguridad y sin un salario justo (Ruiz, 2001, p.60-61).

De acuerdo con Ruiz (2001, p. 61) las malas condiciones laborales llevaron a que los trabajadores hicieran movimientos y luchas sociales para cambiar su situación y para que se expidieran normas laborales. Los que lideraban los movimientos eran pensadores de la época que estaban en contra de la burguesía, como Karl Marx y Friedrich Engels.

1.2.2. Seguros sociales de Bismarck

Un resultado social de la revolución industrial fue el aumento de la población en la mayor parte de Europa. En Alemania el crecimiento se dio, mayormente, en las zonas rurales y con ello comenzaron los problemas de abastecimiento de alimentos y la migración a las ciudades en crecimiento. Además, aumentó la pobreza en el país y el descontento en la población, aunado a que llegaron los rumores de lo que se vivía en la revolución de Francia de 1848, fue así que surgió la revolución en Alemania en el mismo año. Con la revolución se quería establecer un gobierno constitucional y la unificación de Alemania y la clase obrera se enfocó en pedir mejoras en los salarios y en las condiciones de trabajo (Fulbrook, 2009, pp. 159-162). Pero no se llegó a la unificación.

En 1862 se nombró al Canciller Otto Von Bismarck como Primer Ministro, su principal objetivo fue la expansión de Prusia (unificación de Alemania), algo que pudo lograr por medio de tres guerras: la de 1864 por la cuestión de Schleswig – Holstein, la guerra con Austria en 1866 y la guerra francoprusiana de 1870, que terminó con la creación del Segundo Imperio Alemán de 1871 (Fulbrook, 2009, p. 175-176).

En 1870 Bismarck enfrentó el Estado con la Iglesia Católica. El Canciller consideraba que el partido católico del centro (constituido en diciembre de 1870 para proteger los intereses de los católicos de la Pequeña Alemania) protegía a oponentes del Imperio. Esta situación afectaba los intereses de Bismarck y, por tanto, afirmó que los enemigos del exterior estaban recibiendo ayuda del interior del Imperio y comenzó un ataque contra el catolicismo (Fulbrook, 2009, pp. 183-184).

Por los ataques del Canciller hacia el Partido Católico del Centro, este último obtuvo mayor aprobación de la población y en 1874 dobló el voto popular y obtuvo más fuerza en el Reichstag³, pero Bismarck concluyó esta situación en 1879 cuando se reunió con el líder católico Windthorst (Fulbrook, 2009, pp. 179, 184-185).

Los liberales apoyaron las medidas anticatólicas de Bismarck, pero éste rompió sus vínculos con ellos, al pasarse a una política conservadora por dos situaciones: porque no le gustaba las ideas socialistas que se tenían y por la clase

³Es el parlamento de la estructura política del nuevo Imperio Alemán, donde los diputados parlamentarios tenían muy poco poder y no gozaban de sueldo, pero tenían derecho de veto

obrera. Para 1875, el Partido Social Demócrata Alemán estaba aumentando su fuerza y Bismarck lo veía como una amenaza creciente, fue entonces que empezó a considerar a los socialistas como uno de los enemigos del Imperio, y consiguió que el Reichstag aprobara una Ley Antisocialista (Fulbrook, 2009, p. 184-185).

Para impedir la organización de la clase obrera y su unión con los socialistas de la época, Bismarck promulgó el primer sistema de protección obligatorio de carácter laboral y contributivo que permitiría mejorar la situación social y económica de la población, conformado por cuatro seguros sociales que fueron promulgados en distintos años (Fulbrook, 2009, p. 186; Bowen, 1992, p. 36):

- El seguro social obligatorio de enfermedades en beneficio de los trabajadores de la industria promulgado el 15/06/1883.
- El seguro social de accidentes promulgado el 6/07/1884.
- El seguro social de invalidez y el de vejez promulgados el 22/06/1889.

Debido a la promulgación de los cuatro seguros sociales al Canciller Otto Von Bismarck se le conoce como “el Padre de los Seguros Sociales”, su implantación es el antecedente de la previsión social (Martínez, 2002, p. 4). Entre las motivaciones que encontró para implantar este sistema de protección estaba la miseria económica provocada con la crisis de 1873, situación que preocupaba mucho a los distintos partidos políticos y a la sociedad alemana (Fulbrook, 2009, p. 186), y además porque consideraba que el Estado debía preocuparse por otorgar bienestar a los trabajadores, en particular a los más necesitados, a partir de los medios disponibles (Sánchez-Castañeda, 2012, p. 6).

Antes de la implantación de estos seguros sociales, en Alemania se contaba con una reglamentación laboral promulgada en 1869, que protegía la vida y salud de los obreros, contenía normas para el trabajo de mujeres y de menores (Ruíz, 2001, p. 64). También había una Ley de responsabilidad empresarial promulgada en 1871, donde los empresarios alemanes tenían asegurados a un 1/3 de sus trabajadores industriales contra el riesgo de accidentes de trabajo (Pons y Rodríguez, 2010, p. 55).

Posteriormente, los seguros sociales alemanes se convirtieron en un modelo de referencia para otros países industrializados que buscaron implantarlos para atender a su población, pero cada uno le agregó rasgos propios de su sociedad. Entre los países que lograron hacerlo están: Austria, Hungría, Luxemburgo, Francia, Italia, Bélgica, entre otros (Pons y Rodríguez, 2010, p. 57).

Estos seguros fueron importantes también para los idealistas de la revolución mexicana, que también querían mejorar la situación del obrero mexicano y que, a partir del conocimiento de situaciones como su implantación en Alemania, pudieron establecer este tipo de beneficios en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917.

1.2.3. Seguridad social de Sir William Beveridge⁴

A partir de los Seguros Sociales de Bismarck se logró mejorar la situación médica y económica de una parte de la población, la clase trabajadora y asegurada, pero para los gobiernos no era suficiente, por tanto, en Inglaterra se creó la seguridad social para mejorar la vida de toda su población.

En 1941, con la Carta del Atlántico, el Presidente Roosevelt y el Primer Ministro del Reino Unido, Winston Churchill, se comprometieron a mejorar las normas laborales, el progreso económico y a otorgar seguridad social para todos (OIT, 2009, p. 2).

En junio de 1941, el Ministro sin cartera, Arthur Greenwood, creó la Comisión Interministerial del Seguro Social y Servicios Similares para que se hiciera un estudio completo de los sistemas existentes en Inglaterra de seguro social y similares, donde Sir William Beveridge, quien era director de la Escuela de Economía de Londres, aceptó la presidencia de ésta.

El Proyecto del Seguro Social Obligatorio para la Gran Bretaña es conocido como Plan Beveridge, debido a su autor Sir William Beveridge, a quien actualmente se le conoce como el Padre de la seguridad social. Lo terminó en 1942 y lo entregó al Gobierno Inglés el 20 de noviembre de 1942.

Se trataba de un proyecto que comprendía a “todos los ciudadanos sin hacer limitaciones por razón de sus ingresos...extensivos a todas las personas y a toda clase de necesidades”.

⁴ Por medio de la lectura del Plan Beveridge (El Seguro Social en Inglaterra) de 1942 traducida por Vicente Peris, de la cual el CIESS tiene una edición facsimilar (Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social), y con la Proposición que presentó al Parlamento Británico el Ministro de Reconstrucción sobre El Seguro Social en la Gran Bretaña, en septiembre de 1944, cuya edición en español la publicó Ediciones Minerva para México en 1945, se pudo obtener lo relativo a la seguridad social que propuso Sir William Beveridge en su informe. Además, se utilizaron comentarios de otros autores que aportaron sobre el tema en sus respectivas publicaciones.

Características de la seguridad social propuesta:

- Seguro Social Nacional Obligatorio.

- Unificación en la administración. Se pensó en la creación de un Ministerio de seguridad social, que se encargaría de los seguros sociales y por separado administraría a la asistencia social brindada, aunque iba a ser responsable de ambas.

- Principio de Universalidad. Con inclusión de toda la población, dividida en clases.
 - Clase I. Trabajadores a sueldo o jornal.
 - Clase II. Trabajadores por cuenta propia.
 - Clase III. Amas de casa.
 - Clase IV. Adultos que no tienen actividad lucrativa.
 - Clase V. Niños o menores de la edad de trabajar.
 - Clase VI. Personas que han pasado de la edad de trabajar.

- Principio de Solidaridad. Se otorga las prestaciones sin mediar una cotización.

- Los asegurados obtendrán subsidios y primas de seguro.

- Su financiamiento se hacía a partir de los asegurados de la clase I, II y IV, patrones y el Estado. Cada persona tenía que pagar una cuota semanal por toda la clase de primas a partir de un sello.

De acuerdo a Sánchez – Castañeda (2012, p. 15) las diferencias entre los seguros sociales de Bismarck y la seguridad social de Beveridge son:

Bismarck

1. La cobertura era para los trabajadores asegurados.
2. Se realizó un régimen de seguros múltiples.
3. La financiación depende de las contribuciones del asegurado, del empleado y en ocasiones del Estado.
4. Cada seguro tiene una administración distinta, se atendía de manera privada.

Beveridge

1. La cobertura era universal.
2. Los riesgos estaban unificados, la protección dependía de la necesidad.
3. La financiación era tripartita, pero en su mayoría dependía del Estado.
4. La administración de la seguridad social era unificada y pública.

En general, Bismarck se enfocó en la búsqueda del bienestar de una parte de la población alemana, al evitar que se presentasen las consecuencias negativas por padecer un riesgo social. No obstante, Beveridge quiso subsanar las consecuencias de la guerra en la población inglesa y elevar su calidad de vida.

En la actualidad hay muchos países que brindan seguridad social a su población, es por ello, que la Organización Internacional del Trabajo (Organismo Internacional de seguridad social) expide recomendaciones para que dichos países mejoren su Sistema de Seguridad social.

La autora Gabriela Mendizábal Bermúdez (2007, p. 129) opina que *“un Organismo Internacional de seguridad social es aquel que surge de una asociación de sujetos de derecho internacional, constituidos mediante un acto jurídico internacional, con el objeto de solucionar problemas en materia de Seguridad social, comunes a varios Estados”*.

Existen varios Organismos Internacionales de seguridad social como la Organización Internacional del Trabajo, OIT, creada en 1919, *“como parte del Tratado de Versalles que terminó con la Primera Guerra Mundial, y reflejó la convicción de que la justicia social es esencial para alcanzar una paz universal y permanente”* (OIT, s.f.c). Tiene 186 países miembros, México se afilió el 12 de septiembre de 1931, días después de haber promulgado la primera Ley Federal del Trabajo.

1.3. Organización Internacional del Trabajo

La OIT formula normas internacionales de Trabajo, como Convenios y Recomendaciones, en las que se fijan condiciones mínimas en materia de derechos laborales (Mendizábal, 2007, p. 134).

¿Qué son las normas internacionales de trabajo, los Convenios y Recomendaciones?

Las normas internacionales son instrumentos jurídicos preparados por los mandantes de la OIT (gobiernos, empleadores y trabajadores) que establecen unos principios y unos derechos básicos en el trabajo.

Los convenios son tratados internacionales que pueden ser ratificados por los Estados Miembros, en ellos se establecen los principios básicos que deben aplicar los países que lo ratifican Una recomendación puede estar relacionada con un convenio o puede ser autónoma.

Los países que ratifican un convenio están obligados a aplicarlo en la legislación y en la práctica nacional, y tienen que enviar a la Oficina memorias sobre su aplicación a intervalos regulares. Si un país decide ratificar un convenio, en general éste entra en vigor para ese país un año después de la fecha de la ratificación (OIT, s.f.b).

Desde la creación de la OIT hasta 1944 su objetivo principal era “alentar la propagación de los seguros sociales en el mundo”. A partir de 1944 maneja como su actividad principal la de “apoyar en la transformación de los seguros sociales a sistemas de seguridad social” (Mendizábal, 2007, p. 138).

En la exposición de motivos de la primera LSS de nuestro país se señaló que la OIT había contribuido con un vasto número de convenios y recomendaciones en materia de seguros y previsión social a los países que las habían ratificado y, por tanto, México también estaba interesado en ser parte de los países que otorgaban seguros sociales a su población formalmente ocupada.

La OIT forma parte de la historia de la seguridad social porque ha contribuido con normatividad que ha mejorado las condiciones de la seguridad social a través del tiempo y en los países que son miembros, sin embargo, no debe ser una limitante para solo realizar lo que esta organización estipula, sino que cada país debe mejorar las condiciones del trabajador en todo momento.

La OIT tiene 189 convenios que pueden ser ratificados. Uno de los convenios más importantes, es el 102, porque en él se establece las pautas de cómo se debe atender a la seguridad social, cuales son las protecciones que debe de tener el trabajador y su familia, así como otras disposiciones generales. México solo ha ratificado algunas partes del convenio y se refleja en lo expuesto en sus leyes de seguridad social.

Otro convenio que se debe de señalar, por su importancia para esta investigación es el 128, denominado Convenio sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes adoptado en la 51 reunión de Ginebra el 29 de junio de 1967. Aunque México no lo ha ratificado, si conserva algunas recomendaciones propuestas en él, como lo señalado en el artículo 121 de la Ley del Seguro Social.

Otros organismos internacionales encargados de normar a la seguridad social, de hacer recomendaciones e investigaciones son la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, la Conferencia Interamericana de seguridad social, la Asociación Internacional de seguridad social, entre otras.

1.4. La seguridad social en México

1.4.1. Nacimiento de la seguridad social en México

Antes de la Revolución Mexicana, la desigualdad de la población era bastante notable, las condiciones laborales en las que se encontraban los trabajadores eran pésimas y la calidad de vida era precaria para la mayoría de los mexicanos debido a que carecían de protección social. Solamente se contaba con leyes sobre protección laboral en dos estados de la República Mexicana, en el Estado de México y en el de Nuevo León.

En 1904 se expidió la Ley de Accidentes de Trabajo del Estado de México y en 1906 la de Nuevo León, en donde se estableció la obligación de los empresarios para atender a sus empleados en caso de enfermedad, accidente o muerte, derivado del cumplimiento de sus labores. Además de estas leyes, durante la Revolución (1915) también se expidió una Ley de Trabajo en Yucatán (Mendizábal, 2007, p. 92).

Una consecuencia de la revolución mexicana fue la promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) el 5 de febrero de 1917, con ello, México se volvió el primer país que le dio naturaleza constitucional a la seguridad social cuando se incluyó en el artículo 123 (Mendizábal, 2007, p. 93).

En el artículo 123 se establece que se debe de otorgar seguridad social a trabajadores del Sector privado y del público. Es por ello, que en el Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018 del Gobierno de México, en su página 49, se hace hincapié a que el acceso a la seguridad social está directamente relacionado con la condición laboral y favorece principalmente a quienes cuentan con un trabajo formal (Gobierno de la República, 2013, p. 49), por ello, en 2014 solamente se otorgó seguridad social al 41.5% de la población mexicana (CONEVAL, 2015, p. 19).

El artículo 123 se divide en dos apartados, el A y el B, en el apartado A se estipula los derechos de los trabajadores que forman parte del sector privado y en el B de los trabajadores que son del sector público. En su apartado A fracción XXIX y en el apartado B fracción XI incisos *a* al *d*, se garantiza el derecho a la Salud de los trabajadores del sector privado y del público, respectivamente.

La Ley Federal del Trabajo (LFT) también menciona que los trabajadores tienen derecho a la seguridad social, lo hace en su artículo 2. La LFT es una ley laboral que rige las relaciones de trabajo del sector privado, se creó con base en el art. 123 párrafo dos de la CPEUM.

Para otorgar **seguridad social a los trabajadores formales del sector privado** y a otros sujetos de aseguramiento, se promulgó la primera Ley del Seguro Social (LSS) en 1943. El Seguro Social es el instrumento básico de la seguridad social (LSS, art. 4) y su organización y administración están a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (LSS, art. 5).

Sin embargo, para brindar **seguridad social a los trabajadores del sector público**, se cuenta con el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) fundamentado en la Ley del ISSSTE y con el Instituto de seguridad social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM) fundamentado en la Ley del ISSFAM (Mendizábal, 2007, p. 33)

La población mexicana tiene garantizado el derecho a la protección de la salud en la Constitución (CPEUM, art. 4), en la ley se define como crear el acceso a los servicios de salud, y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general (CPEUM, art. 73 fracción XVI).

A los mexicanos que no cuentan con un trabajo formal no se les puede brindar seguridad social a través de las Instituciones mencionadas, sin embargo, pueden realizar un convenio con el IMSS para acceder a prestaciones en especie por medio del Seguro de Salud para la Familia o pueden ser partícipes de los servicios de atención a la salud en Hospitales Federales y en Regionales, así como en Centros de Salud (todos éstos dependen de la Secretaría de Salud).

Además de la protección a la salud, el gobierno federal cuenta con programas sociales que son otorgados a personas que perciben ingresos bajos y que no cuentan con seguridad social, a través de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), como: las pensiones al adulto mayor que no reciba una pensión de vejez relacionada con su vida laboral, el Programa IMSS – Oportunidades con el que se otorga servicios médicos a la población que no cuente con seguridad social y otros más con los que se pretende mejorar las condiciones de vida y bienestar de esa población.

Si bien la seguridad social en México se otorga a través de varias instituciones dependiendo de las características de la persona que tenga derecho a disfrutarla, esta investigación solo se enfoca en las prestaciones que reciben los

trabajadores formales del sector privado y otros sujetos asegurados en el RO de la LSS, por ello, únicamente se estudiará lo referente a la Ley del Seguro Social y se conocerá lo más relevante del funcionamiento del IMSS.

1.4.2. Ley del Seguro Social

Cuando se promulgó la Constitución en 1917, en la F. XXIX del apartado A del artículo 123 se propuso que se debían establecer Cajas de Seguros Populares, y no la Ley del Seguro Social (CPEUM de 1917, art. 123). Además, en el segundo párrafo del mismo artículo se tenía estipulado que tanto el Congreso de la Unión, respecto al Distrito Federal (Buen, 2007, p. 128), como las Legislaturas de los estados tenían la facultad de expedir leyes sobre el trabajo, por tanto, no era una facultad exclusivamente federal.

El 6 de septiembre de 1929 se hizo una modificación al segundo párrafo del artículo 123 y a su fracción XXIX del Apartado A. La modificación al segundo párrafo del art. 123 permitió la llamada “Federalización de la legislación laboral” (Buen, 2007, p. 129), porque se limitó la facultad de legislar en materia laboral solo para el Congreso de la Unión y es entonces que se promulgó la primera Ley Federal del Trabajo (LFT) el 18 de agosto de 1931 (Buen, 2007, p. 130). Posteriormente, se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) la Nueva Ley Federal del Trabajo, que es la vigente, el 1 de abril de 1970.

En la reforma a la fracción XXIX del apartado A, se estipuló la necesidad y la importancia de tener una Ley del Seguro Social por sus seguros comprendidos en ella, esto dio pie al nacimiento de un proyecto de Ley que fue posible verlo publicado en el Diario Oficial de la Federación hasta 1943.

I. Creación de la Ley del Seguro Social

Para la creación de la Ley del Seguro Social se trabajó desde el año de 1921, fecha en la que se elaboró el primer proyecto de LSS que no llegó a ser promulgado. En 1932 se expidió un decreto que otorgaba facultades extraordinarias para que en ocho meses se expidiera la LSS, aunque tampoco se cumplió lo establecido (Exposición de motivos de la LSS de 1943).

En 1935 el Presidente de la República Mexicana, el C. Lázaro Cárdenas del Río, le otorgó la tarea de realizar el Proyecto de la LSS al Lic. Ignacio García Tellez que lo tuvo listo en 1938, pero debido a que dicho proyecto no se basaba

en estudios actuariales no se aceptó y se pidió seguir trabajando en ello para elaborar uno más completo (Carmona, 2014).

Posteriormente, el Presidente de la República Mexicana, el C. Manuel Ávila Camacho, envió la nueva iniciativa del Proyecto de la LSS al Congreso el 30 de diciembre de 1942, se publicó la Ley en el DOF el 19 de enero de 1943 y entró en vigor el 1 de enero de 1944 (Carmona, 2014). Aunque también se publicó en el DOF una segunda LSS el 12 de marzo de 1973 y de acuerdo al Artículo primero transitorio entró en vigor el 1 de abril de 1973 dejando la anterior como derogada. Dicha Ley permitió la introducción de otro tipo de asegurados y se fundamentaba en la Solidaridad social de acuerdo a su artículo 8 (LSS, 1973).

El sistema de pensiones que contenía la LSS de 1973 es conocido como “capitalización colectiva con prima escalonada” o de “reparto” (Martínez, 1996, p. 125) en donde no había un fondo individualizado por cada asegurado el Régimen Obligatorio de la LSS, respecto de las aportaciones realizadas al Seguro de Invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte mediante las cuotas obrero patronales. Posteriormente, se decidió implementar un nuevo sistema de pensiones que ya lo estaban usando en países como Chile, basado en la capitalización individual, para ello, se elaboró una nueva Ley del Seguro Social y se publicó en el DOF el 21 de diciembre de 1995 con entrada en vigor el 1º de julio de 1997 dejando como derogada la publicada en 1973.

Un asegurado que fue afiliado al Régimen Obligatorio durante la vigencia de la LSS de 1973 puede pensionarse bajo los términos del sistema de pensiones de dicha Ley o bajo los de la Ley vigente (LSS, art. Tercero transitorio).

Los asegurados afiliados a partir del 1 de julio de 1997 solo pueden elegir el Sistema de pensiones con capitalización individual para la determinación de su pensión.

II. Regímenes de la Ley del Seguro Social

La LSS se encuentra dividida en dos regímenes, el obligatorio y el voluntario (LSS, art. 6).

III. Seguros otorgados en el Régimen Obligatorio

Los seguros comprendidos en el Régimen obligatorio de la LSS (LSS, art. 11) son:

- a. Seguro de Riesgos de Trabajo
- b. Seguro de Enfermedades y Maternidad
- c. Seguro de Invalidez y Vida
- d. Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez
- e. Seguro de Guarderías y prestaciones sociales

A continuación, se menciona en qué consiste la protección médica y económica que se otorga en cada uno de los ramos comprendidos en el RO. Sin embargo, el Seguro de Enfermedades y Maternidad y el Seguro de Invalidez y Vida son analizados en el Capítulo II y III de esta tesis, puesto que son los ramos en los que está enfocado el tema de estudio.

a. Seguro de Riesgos de Trabajo

El Seguro de Riesgos de Trabajo ampara al trabajador cuando tiene una enfermedad o accidente profesional (LSS, art. 41), mediante prestaciones en dinero y prestaciones en especie (LSS, art. 56, 58).

b. Seguro de Enfermedades y Maternidad

El ramo de enfermedades otorga prestaciones en especie a los asegurados, a los pensionados y a los beneficiarios de ambos. Solo a los asegurados les otorga un subsidio en dinero (60% de su último salario), cuando la enfermedad los incapacite temporalmente para el trabajo, a partir del 4to día en que inicien con incapacidades (LSS, art. 84, 96, 98).

El ramo de maternidad ampara a la mujer asegurada durante 84 días, pueden abarcar desde 14 hasta 42 días anteriores al parto (durante el embarazo) y desde 42 hasta 70 días posteriores al mismo (puerperio), la suma de los días anteriores y posteriores debe ser igual a los 84 días, durante ese periodo se le otorga un subsidio en dinero equivalente al 100% de su salario, así como asistencia obstétrica y ayuda en especie durante el periodo de lactancia (LSS, art. 94, 101).

c. Seguro de Invalidez y Vida

El ramo de invalidez otorga al asegurado que se encuentre en estado de invalidez, ya sea temporal o definitiva, una prestación económica equivalente al 35% del promedio del salario que perciba en las últimas 250 semanas de cotización (LSS, art. 119).

El ramo de Vida otorga prestaciones a la viuda, huérfano o padres de un asegurado o pensionado por invalidez cuando desafortunadamente éste muere (LSS, art. 127).

d. Seguro de Retiro, Cesantía en edad avanzada y Vejez

Este seguro protege a las personas que han llegado a los 60 años o más a través del otorgamiento de prestaciones en especie y económicas, en los términos del ramo que elijan. Las prestaciones en especie son otorgadas a los pensionados y a sus beneficiarios. Las prestaciones económicas que reciben dentro de cada ramo consisten en el otorgamiento de una pensión en dinero para los pensionados y de asignaciones familiares para sus beneficiarios (LSS, art. 154-155, 161).

e. Seguro de Guarderías y prestaciones sociales

El ramo de Guarderías es un seguro que cubre el riesgo que tiene una madre, padre con custodia legal de sus hijos, viudo, de que no pueda dar cuidados a sus hijos durante la jornada laboral (LSS, Artículo 201). El IMSS tiene lugares establecidos para poder proporcionar dicho seguro y las personas que tienen derecho a su uso deben de buscar el más adecuado para ellas (LSS, art. 204).

De acuerdo al artículo 203 y 206 (LSS) los servicios de guardería incluyen el aseo, la alimentación, el cuidado de la salud, educación y recreación de los menores que asistan. Los niños son atendidos desde los 43 días de nacidos hasta los 4 años.

Para el otorgamiento de dichos seguros, se necesitan de instrumentos que lo permitan, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que es un organismo público, fiscal autónomo, encargado de otorgar seguridad social a los trabajadores del sector privado y también a aquellas personas con las que el IMSS celebre un acuerdo (LSS, art. 4 y 5).

IV. Aseguramiento en el Régimen Obligatorio. Patrón a trabajador

El patrón es el obligado que tiene que dar de alta a sus empleados ante el IMSS (LSS, artículo 15 fracción I). El trabajador será dado de alta de acuerdo al salario diario integrado (SDI) que perciba (LSS, art. 28).

Para efectos de la determinación del SDI, se tomará en cuenta, además del salario diario, las gratificaciones (aguinaldo), percepciones, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquier otra cantidad que se entregue al trabajador (LSS, art. 27).

V. Otros sujetos de aseguramiento en el Régimen Obligatorio

Además, una persona se puede asegurar por ***“incorporación voluntaria al Régimen Obligatorio”*** cuando sea un sujeto previsto en el artículo 13 de la LSS. Dependiendo del sujeto que se incorpore serán los seguros y prestaciones del RO a las que tenga derecho, la financiación de su incorporación se hará con base en el artículo 227 de la LSS.

Otra modalidad de aseguramiento en el Régimen Obligatorio es la llamada ***“Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio”*** del Capítulo VIII, Título I de la Ley del Seguro Social, que es cuando una persona que estuvo asegurada en el RO y que fue dada de baja, continúa voluntariamente en el RO para poder tener derecho al Seguro de Invalidez y Vida (para su financiación, ésta tendrá que pagar la totalidad de las cuotas obrero patronales y el Estado pagará su parte correspondiente), y cuando cumpla la edad necesaria tener derecho al Seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez (para su financiación pagará la totalidad de la cuota de retiro, y por los otros ramos pagará solo la cuota obrero patronal correspondiente y el Estado su parte correspondiente) (LSS, art. 218).

VI. Sujetos de aseguramiento en el Régimen Voluntario

En el Régimen Voluntario están aquéllos que voluntariamente se afilien al seguro de salud para la familia, por medio de una cuota anual tienen derecho, los afiliados y sus familiares, a las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad (LSS, art. 242).

Dentro del Régimen Voluntario, el IMSS también puede otorgar otros seguros a personas que determine el Gobierno Federal y puede conceder seguros adicionales (LSS, art. 246 y 250 A).

VII. Financiación de los seguros sociales

Las contribuciones que se necesitan para otorgar seguridad social se conocen como aportaciones de seguridad social y se encuentran definidas en la fracción II del artículo 2 del Código Fiscal de la Federación, como ***“contribuciones establecidas en ley a cargo de personas que son sustituidas por el Estado en el cumplimiento de obligaciones fijadas por la ley en materia de seguridad social o a las personas que se benefician en forma especial por servicios de seguridad social proporcionados por el mismo Estado”***. Este artículo se refiere a los patrones y a otros sujetos obligados en referencia al enunciado ***“personas que son sustituidas por el Estado”***.

Los patrones del sector privado deben ejercer su obligación de enterar estas aportaciones por medio de las cuotas obrero – patronales, las cuales las determinan y las enteran al IMSS (LSS, art. 15 F. XV), éstas se constituyen por aportaciones tanto del patrón como del trabajador (LSS, Art. 5 A F. XV). El patrón también tiene la obligación de retenerle al trabajador, cuando le pague su salario, las cuotas que le correspondan cubrir (LSS, art. 38). En caso de que el trabajador perciba el salario mínimo, el patrón debe pagar íntegramente la cuota del trabajador (LSS, art. 36).

En la Ley del Seguro Social se plantea que el IMSS debe recibir, para su sostenimiento económico (además de las cuotas obrero patronales y las cuotas que aportan otros sujetos obligados), las cuotas, contribuciones y aportaciones que entera el Gobierno Federal, las cuales se manifiestan en forma expresa en el Presupuesto de Egresos de la Federación aprobado cada año, de acuerdo al artículo 272 párrafo quinto de la LSS.

1.4.3. Instituto Mexicano del Seguro Social

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es un organismo público descentralizado que se creó el 19 de enero de 1943, bajo el mandato del Presidente de la República Manuel Ávila Camacho, a partir de la Ley del Seguro Social publicada en el Diario Oficial de la Federación en esa fecha (Trejo y Chávez, 2007, p. 26). Su promulgación casi coincide (dos meses después) con la terminación del proyecto de la seguridad social de Beveridge, sin embargo, en México ya se tenía su fundamento a nivel Constitucional desde tiempo anterior.

El IMSS tiene personalidad jurídica y patrimonios propios, con carácter de organismo fiscal autónomo, de integración operativa tripartita (sector público, social y privado), que tiene a cargo la organización y administración del Seguro Social (LSS, artículo 5º), (IMSS, 2012a).

Su misión es ser el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional, para todos los trabajadores y para sus familias (IMSS, 2014d).

El IMSS es la institución de seguridad social más grande de Latinoamérica (Gobierno de la República, 2013, p. 50). En 2014⁵, un 47.44% de la población en México tenía derecho a ser atendido en el IMSS. Este porcentaje resulta de dividir a la población derechohabiente de 2014 que era de 59,487,144, entre la población de la República Mexicana en 2014 que era de 125,385,833 habitantes, según cifras del Banco Mundial (El Banco Mundial, s.f.).

En la tabla 1.1 se tiene el total de la población derechohabiente del IMSS al 31 de diciembre de 2014, cuya mayoría se encuentre formada por los asegurados y sus familiares, con un 89% del total de la población derechohabiente, el resto se integra de pensionados y sus familiares.

Tabla 1. 1 Población derechohabiente del IMSS en 2014

Población Derechohabiente	Asegurados	Familiares de Asegurados	Pensionados	Familiares de pensionados
59,487,144	24,736,044	28,249,044	3,588,964	2,913,092

Fuente: Memoria estadística 2014 del IMSS (IMSS, 2014a). Capítulo II Población derechohabiente. Recuperada el 15 de junio de 2015 en <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2014>.

La población derechohabiente es el número de personas con derechos vigentes para recibir los beneficios de la LSS, dependiendo del régimen de aseguramiento en que se encuentren inscritos. Incluye a los asegurados, a los pensionados y los beneficiarios de ambos.

Los asegurados son las personas que están aseguradas en el IMSS de manera directa como titulares, incluye todas las modalidades de aseguramiento (ver tabla 1.2), se dividen en asegurados trabajadores y no trabajadores, los cuales se definen como:

A. Asegurados trabajadores

Los asegurados trabajadores son aquéllos que fueron afiliados por su patrón respectivo. Debido a que un mismo trabajador puede registrarse en el Instituto con más de un empleo en más de una empresa; la estadística de trabajadores del IMSS contabiliza a estos afiliados tantas veces como número de puestos mantengan.

⁵ Se consideró al año 2014 debido a que no hay cifras oficiales de algún organismo internacional o nacional que tenga el número de población del país actualizado a 2015.

B. Asegurados no trabajadores

Los asegurados no trabajadores son aquéllos que no fueron afiliados por un patrón, como las personas afiliadas a la modalidad 32 y 33:

- **Asegurados en el Seguro Facultativo (modalidad 32)**
 - Es la afiliación de estudiantes, de familiares del personal del IMSS y de la Comisión Federal de Electricidad. Este Seguro cubre las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM).
 - La totalidad de las cuotas son cubiertas por el Gobierno Federal y son determinadas considerando el salario mínimo vigente en el DF como base.

- **Asegurados en el Seguro de Salud para la Familia (modalidad 33)**
 - Son las personas que voluntariamente contratan las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) para sí mismas y para sus familiares pagando anualmente una cuota según su edad.

 - Incluye también a aquellos trabajadores mexicanos que se encuentran laborando en el extranjero y que celebraron un convenio en forma individual o colectiva, para proteger a sus familiares residentes en el territorio nacional y a ellos mismos cuando se ubican en éste, cubriendo íntegramente la prima establecida por rango de edad.

Como se puede observar en la Tabla 1.1, la fuente de la misma es la Memoria estadística 2014, que es un compilado de información estadística del IMSS que realiza su personal cada año, en donde se pueden ubicar tablas referentes a 1.Evolución del empleo, 2.Población derechohabiente, 3.Prestaciones médicas, 4.Salud reproductiva, 5.Salud pública, 6.Salud en el trabajo, 7.Formación del personal de los servicios de salud, 8. Investigación en Salud, 9. Prestaciones económicas, 10. Prestaciones sociales, 11.Guarderías, 12. Recursos humanos, materiales y financieros, 13. IMSS Prospera y otros 14.Indicadores.

Otra fuente de información estadística que emite el IMSS es el Informe al Ejecutivo y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del IMSS, que realiza también cada año, donde aparece lo más relevante de los diferentes Seguros ofrecidos en el Régimen Obligatorio y otros aspectos financieros del Instituto.

Para conocer las modalidades de aseguramiento de cada asegurado trabajador y no trabajador se puede observar la tabla 1.2, así como los ramos del seguro a los que tienen derecho mientras tengan sus derechos vigentes en esa modalidad.

Tabla 1. 2. Descripción de los tipos de asegurados en relación a su modalidad de aseguramiento.

ASEGURADOS									
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ASEGURADO EN RELACIÓN A LA MODALIDAD A LA QUE PERTENECEN	TIPO DE TRABAJADORES			SEGURO AL QUE TIENEN DERECHO					
	Perma nentes	Eventuales Urbanos	Campo	SRT	SEM	SIV	SRCV	SGPS	
Asegurados trabajadores									
10. Trabajadores permanentes y eventuales de la ciudad. 10.1 Trabajadores permanentes. 10.2 v 10.3 Trabajadores eventuales.	X	X		X Derecho a subsidio	X Derecho a subsidio	X	X	X	
13. Trabajadores permanentes y eventuales del campo. 13.1 T. permanentes del campo. 13.2 v 13.3 T. eventuales del campo.	X		X	X Derecho a subsidio	X Derecho a subsidio	X	X	X	
14. Trabajadores eventuales del campo cañero.			X	X Derecho a subsidio	X Derecho a subsidio	X	X	X	
17. Reversión de cuotas por subrogación de servicios. 17.1 Trabajadores permanentes. 17.2 Trabajadores eventuales.	X	X		X Derecho a subsidio	X Derecho a subsidio	X	X	X	
30. Productores de caña de azúcar.	X			X Derecho a subsidio	X Derecho a subsidio	X	X		
34. Trabajadores domésticos.	X			X	X	X	X		
35. Patrones personas físicas con trabajadores a su servicio.	X			X Derecho a subsidio	X	X	X		
36. Trabajadores al servicio de gobiernos estatales, municipales y organismos descentralizados.	X				X				
38. Trabajadores al servicio de las administraciones pública federal, entidades federativas y municipios.	X			X	X				
42. Trabajadores al servicio de las administraciones pública federal, entidades federativas y municipios.	X			X Derecho a subsidio	X	X	X		
43. Incorporación voluntaria del campo al régimen obligatorio.	X				X	X	X		
44. Trabajadores independientes.	X				X	X	X		
Asegurados no trabajadores									
32. Seguro facultativo (incluye estudiantes).					X				
33. Seguro de Salud para la familia.					X				
40. Continuaciones voluntarias en el régimen obligatorio.						X	X		

Fuente: Elaboración propia a partir de las tablas encontradas en el Glosario del Capítulo II Población derechohabiente de la Memoria estadística 2014 del IMSS (IMSS, 2014a). Recuperada el 30 de junio de 2015 en <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2014>.

Para efecto de que el IMSS pueda llevar a cabo las funciones de organización y administración del Seguro Social, en el año 2014 tenía 407,732 plazas ocupadas en las cinco divisiones de su estructura orgánica (ver anexo 4), que es la forma en que se encuentran organizadas todas las funciones, actividades y responsabilidades que se deben de llevar a cabo dentro del IMSS.

Capítulo II. El Seguro de Enfermedades y Maternidad y el control de incapacidades temporales para el trabajo

En este capítulo se profundiza en el contenido del Seguro de Enfermedades y Maternidad de la LSS y el control de incapacidades temporales para el trabajo, el objetivo es analizar el otorgamiento de las incapacidades temporales para el trabajo y el control ejercido en el IMSS.

En el primer subcapítulo se analiza el concepto de enfermedad no profesional y las incapacidades temporales para el trabajo que se le otorgan al asegurado por su imposibilidad de realizar sus actividades laborales habituales durante el padecimiento de una enfermedad no profesional, también se señalan características de los CITT que amparan dichas incapacidades y se hace una explicación detallada de las prestaciones a las que tiene derecho el asegurado cuando se encuentra incapacitado, para finalizar se abordan otras características principales del Seguro de Enfermedades y Maternidad.

En el segundo subcapítulo se desarrolla el tema del control de incapacidades temporales para el trabajo, para conocer lo relacionado con el Comité que lo lleva a cabo, sus antecedentes, generalidades y sus ámbitos de enfoque.

2.1 Del Seguro de Enfermedades y Maternidad

El Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) ofrece a los asegurados, pensionados y a los beneficiarios de ambos (LSS, art. 84), la asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria desde el comienzo de una **enfermedad no profesional** (LSS, art. 91). El Instituto se encarga de certificar la fecha de inicio del padecimiento (LSS, art. 85).

¿Qué es una enfermedad?

Artículo 2, F. VII del RPM del IMSS, “una enfermedad es toda alteración física o mental en el individuo, provocada por una lesión orgánica o funcional,

*permanente o transitoria, causada por trastornos metabólicos, agentes físicos, químicos, biológicos o psicosociales, **que puede o no imposibilitar el desempeño del trabajo** y requiere atención médica para su prevención, curación, control o rehabilitación”.*

¿Por qué “enfermedad no profesional”?

Para poder explicar qué es una enfermedad no profesional se atenderá al significado de las enfermedades que si son consideradas profesionales, las cuales se definen en el artículo 43 de la LSS⁶, en el Seguro de Riesgos de Trabajo:

Artículo 43 LSS, *“Enfermedad de trabajo es todo estado patológico derivado de la acción continuada de **una causa que tenga su origen o causa en el trabajo**, o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios. En todo caso, serán enfermedades de trabajo las consignadas en la Ley Federal del Trabajo⁷”.*

Es entonces que una enfermedad no profesional será aquella alteración física o mental del asegurado que no tenga relación con el trabajo que desempeña, como una gripe, neumonía, alergias, enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, el cáncer, enfermedades del corazón, hipertensión, etc. ***Siempre y cuando no se deriven por las condiciones de trabajo a las que se expone el trabajador.***

En la definición de enfermedad del art. 2 del RPM, al final se especifica que las enfermedades pueden o no imposibilitar el desempeño del trabajo, en caso de que el médico considere que el asegurado con una enfermedad no profesional no puede asistir a su trabajo, porque su enfermedad lo imposibilita en el desempeño de su trabajo, ya que, de acuerdo con el art. 137 del RPM del IMSS, *“tiene pérdida de facultades o aptitudes físicas o mentales que le imposibilitan desempeñar su actividad laboral habitual por algún tiempo”*, es entonces que será considerado como ***incapacitado temporalmente para el trabajo.***

Para la atención médica de los asegurados, de los pensionados y de los beneficiarios de ambos, se debe acudir a la unidad médica de adscripción en los

⁶ También se encuentra dicha definición en el artículo 475 de la LFT.

⁷ En el artículo 513 se puede localizar una tabla de enfermedades de trabajo con 161 padecimientos considerados como tales. Cabe mencionar que los asegurados que padecen enfermedades profesionales o que sufren accidentes de trabajo son protegidos por el Seguro de Riesgos de Trabajo.

días y horarios establecidos para consulta externa, puede ser con previa cita o sin ella (aunque no hay certeza de que se atienda a la persona si no tiene cita). En caso de que el derechohabiente no sea atendido por falta de cita y el servicio sea de urgencia, puede acudir al servicio de urgencias del área médica respectiva. Para la atención médica se debe acudir con los documentos que acrediten su identidad, adscripción a la unidad y al médico familiar (RPM del IMSS, Artículo 55).

2.1.1. Las incapacidades temporales para el trabajo

¿Qué es una incapacidad laboral?

En el diccionario de la Lengua Española se encuentra una definición completa y acorde a este capítulo, es la siguiente:

Incapacidad laboral.

1. f. Der. Situación de enfermedad o de padecimiento físico o psíquico que impide a una persona, de manera transitoria o definitiva, realizar una actividad profesional y que normalmente da derecho a una prestación de la seguridad social.

Para efecto de considerar el concepto de incapacidad laboral dentro del Seguro de Enfermedades y Maternidad, ésta tiene que ser transitoria o temporal.

¿Por qué se otorgan las incapacidades temporales para el trabajo?

Las incapacidades temporales para el trabajo se otorgan del médico al asegurado en el Régimen Obligatorio de la LSS, para que no realice sus actividades laborales cotidianas por adolecer de una enfermedad no profesional que amerita reposo para su restablecimiento (Díaz-Velez y Peralta, 2013, p. 46).

Cuando el médico tratante o el estomatólogo⁸ considere, durante la consulta en la unidad médica de adscripción, que el asegurado está **incapacitado temporalmente para el trabajo** deberá de extenderle **certificados de incapacidad temporal para el trabajo**. Puesto que los certificados harán constar la incapacidad temporal para el trabajo del asegurado (RPM del IMSS, art. 138) y éste se los tendrá que presentar al patrón, para amparar su ausencia al trabajo durante los días en los que padezca tal condición.

⁸ El estomatólogo realiza todas las acciones de atención primaria de estomatología como: diagnóstico y vigilancia del estado de salud bucal, educación en salud bucal, diagnóstico y control de la higiene bucal, aplicación de métodos masivos de prevención, curación y rehabilitación de enfermedades bucales (Rodríguez, A y Baly, M., 1997).

En el momento en que el trabajador se encuentre en un estado de incapacidad temporal tendrá suspendida temporalmente la obligación de prestar el servicio laboral y su patrón tendrá suspendida, también de manera temporal, la obligación de pagar su salario, debido a que se suspenderán todos los efectos de las relaciones de trabajo entre ambos (LFT, art. 42) hasta que el trabajador deje de estar incapacitado. Por tal motivo, cuando el trabajador ampare su ausencia al trabajo con este certificado, el patrón no puede considerar tal ausencia como una falta de asistencia al trabajo y no formarán parte de las 3 faltas que se señalan en el artículo 47 de la LFT, fracción X, como una causa de rescisión de la relación laboral sin responsabilidad para el patrón.

Además, todo asegurado que se *encuentre incapacitado temporalmente para el trabajo* tampoco puede ser dado de baja del IMSS, mientras dure el estado de incapacidad, puesto que se encuentra protegido por el certificado médico (LSS, art. 21).

Mientras el asegurado tenga incapacidades amparadas por el certificado y se las presente al patrón, este último no tendrá que cubrir las cuotas obrero patronales del respectivo asegurado, excepto por el ramo de retiro (LSS, art. 31 F.IV) y por el entero de las aportaciones de vivienda (LINFONAVIT, art. 29, penúltimo párrafo). Aunque no se paguen sus cuotas obrero patronales, al asegurado se le reconocerá el tiempo que dure incapacitado (Ruíz, 2001, p. 541) y contará para el periodo de espera establecido en el Seguro de Invalidez y Vida (LSS, art. 113).

Cuando el asegurado se encuentre incapacitado tendrá derecho a que se le otorguen **prestaciones en especie y en dinero**, que serán analizadas en este capítulo después de mencionar las características principales de los certificados de incapacidad temporal para el trabajo.

2.1.2. Certificados de incapacidad temporal para el trabajo

El *certificado de incapacidad temporal para el trabajo* es un documento médico legal, expedido en formatos oficiales por el médico tratante o estomatólogo (RPM del IMSS, art.138) para amparar la ausencia al trabajo debido a que el asegurado padece una enfermedad general o una profesional, y se encuentra incapacitado temporalmente para la realización del trabajo.

Para conocer más sobre los certificados enseguida se señala su vigencia, los tipos de certificados que se otorgan y la información que deben contener cuando se expiden.

I. Vigencia de los certificados.

Los días amparados por los certificados se refieren a días naturales y el periodo que pueden amparar de incapacidad se relaciona con el tipo de médico que lo expida, como los siguientes (RPM del IMSS, art. 141):

- a) Médico por servicios de urgencia:** expedirá los certificados por 1 a 3 días.
- b) Estomatólogo:** expedirá los certificados por el plazo de 1 a 7 días.
- c) El médico familiar⁹ o no familiar¹⁰:** expedirá los certificados por 1 a 28 días.

II. Periodo máximo de otorgamiento de los certificados.

Cuando un asegurado se encuentre incapacitado temporalmente para el trabajo, se le expedirán certificados de incapacidad temporal para el trabajo desde 1 día hasta el límite de 52 semanas, para el mismo padecimiento. Pero se puede expedir una prórroga de hasta 26 semanas adicionales, previa revisión del paciente y de su expediente clínico por el médico tratante y su jefe inmediato (RPM del IMSS, art. 150). Sin embargo, también se deben expedir certificados durante toda la prórroga que se otorgue para prestaciones médicas, es decir, no solo 26 semanas sino hasta 52 semanas, aunque durante las últimas 26 semanas de la prórroga se especifique que el incapacitado no tiene derecho a subsidio en dinero.

III. Carácter de los certificados de incapacidad temporal para el trabajo.

Los *certificados de incapacidad temporal para el trabajo* tendrán carácter inicial, subsecuente, de enlace y recaída (RPM del IMSS, art. 140). A continuación, se menciona una explicación breve de cada uno:

⁹ El Médico Familiar es el médico especialista en medicina familiar o el profesional de la medicina, responsable de proporcionar atención médica primaria, integral y continua al individuo y su familia, que se vincula y comparte responsabilidad con el equipo de salud y que, en su caso, deriva a los pacientes a otro nivel de atención (Art. 2, F. XI, Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS).

¹⁰ El Médico no Familiar es el profesional de la medicina que ostenta un posgrado, especialista en cierta rama de la medicina (Art. 2, F. XII, Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS).

Inicial: Es aquél en donde el médico determina por primera vez que la enfermedad incapacita temporalmente para el trabajo al asegurado.

Subsecuente: Es el certificado posterior al inicial, que el médico expide al asegurado porque continúa incapacitado por el mismo padecimiento.

Los CITT iniciales y subsecuentes se expedirán por el padecimiento de una enfermedad profesional (Riesgos de Trabajo) y de una no profesional (Enfermedad general).

Enlace: Cuando no se hizo el cálculo correcto de los 42 días anteriores al parto y la mujer continúa embarazada después de este tiempo, se expide este certificado para amparar días excedentes como continuación de dicha incapacidad por enfermedad general.

En el Seguro de Riesgos de Trabajo se otorga el certificado de **recaída** al asegurado después de haber sido dado de alta por riesgo de trabajo, y requiere atención médica o incremento en su incapacidad parcial permanente.

Cabe señalar que los CITT subsecuentes y de recaída deberán ser expedidos con la autorización del jefe inmediato del médico tratante (RPM del IMSS, art. 140 P. 3).

IV. Información que debe contener un Certificado

El CITT para el trabajo inicial, subsecuente, de recaída y de enlace tendrá la siguiente información (RPM del IMSS, art. 151):

1. Diagnóstico.
2. Folio.
3. Ramo del Seguro.
4. Fecha de inicio.
5. Fecha de expedición del certificado.
6. Días que ampara el certificado.
7. Días probables para la recuperación de la enfermedad.
8. Días de incapacidad temporal para el trabajo acumulados.
9. Nombre del puesto específico de trabajo y centro de trabajo.

10. Nombre, firma y matrícula del médico que expide, en su caso, de su jefe inmediato, y en ausencia, el que funja como tal.

De acuerdo al numeral 7, dentro del certificado se debe de exponer el número de días que el médico tratante haya estimado como necesarios para la recuperación de la enfermedad, esta estimación la realiza a partir del conocimiento de la historia natural de la enfermedad, gravedad, tipo de tratamiento, edad, comorbilidad y el puesto de trabajo que desempeña el asegurado (RPM del IMSS, art. 140 P.2).

Es importante conocer que en caso de que una persona rebase el periodo de incapacidad establecido, el médico tratante debe de comunicar el caso a su jefe inmediato para su evaluación clínica y con ello determinar los días adicionales que necesite para su recuperación (RPM del IMSS, art. 140 P.3).

Este certificado representa una guía para el médico tratante, porque cada vez que el asegurado acuda a una nueva revisión el médico obtiene toda la información histórica del asegurado respecto de la enfermedad que padece. La información que se tiene dentro del certificado también es relevante para el Instituto porque le permite tener una historia clínica de cada uno de los incapacitados para realizar investigaciones médicas y obtener información estadística.

2.1.3. Prestaciones en especie y en dinero otorgadas en el Seguro de Enfermedades y Maternidad.

¿Qué es una prestación?

Las prestaciones sirven para cubrir las contingencias que le pueda surgir a un asegurado, pensionado y a sus derechohabientes. El IMSS utiliza las prestaciones en especie para proteger a los derechohabientes de contingencias médicas a través de proporcionarles servicios médicos. Las prestaciones en dinero, se utilizan para contrarrestar la falta de pago del salario por la ausencia al trabajo. Dependiendo de la contingencia que le acontece al asegurado, pensionado y beneficiarios con derecho, será el tipo de ramo que atienda la situación y la cantidad de dinero que se otorgue, así como las condiciones que requieran cumplir cada uno de ellos.

I. Prestaciones en especie otorgadas en el ramo de enfermedades.

Las prestaciones en especie del ramo de Enfermedades son la asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica, se otorgan a todos los asegurados que padecen enfermedades no profesionales; a los pensionados en: incapacidad permanente total o parcial, en invalidez, en cesantía en edad avanzada y en vejez; y a los beneficiarios de ambos.

El periodo de otorgamiento de las prestaciones en especie solo se encuentra limitado para el asegurado que se encuentre incapacitado temporalmente para el trabajo por una misma enfermedad. Abarca desde el comienzo de la enfermedad y hasta por 52 semanas, pero puede prorrogarse por otras 52 semanas más, previo dictamen médico (tabla 2.1).

De acuerdo al art. 58 párrafo 2 del RPM del IMSS, se considera que es una misma enfermedad cuando el periodo de incapacidad sea ininterrumpido o con interrupciones menores a ocho semanas, forman parte las recaídas y las complicaciones de ese padecimiento (RPM del IMSS, art. 57). Se considerará que es una nueva enfermedad cuando las interrupciones duren más de 8 semanas (RPM del IMSS, art. 58 P.4).

Cuando los asegurados se encuentren laborando mientras se les está otorgando un tratamiento curativo no tendrán limitaciones en el periodo del otorgamiento de las prestaciones en especie, debido a que no se encuentran incapacitados temporalmente para el trabajo.

Tabla 2. 1 Prestaciones en especie del ramo de enfermedades para asegurados incapacitados temporalmente para el trabajo.

Prestación en especie	Descripción de la prestación
Sujetos amparados	<i>El asegurado (Art. 91 de la LSS)</i>
Asistencia médica¹¹, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria para una misma enfermedad.	<i>Desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo de 52 semanas para el mismo padecimiento. (LSS, art. 91)</i>
Prórroga: <i>Si al concluir el periodo de 52 semanas, el asegurado continúa enfermo, el médico podrá prorrogar su tratamiento.</i>	<i>Hasta por 52 semanas más, previo dictamen médico. (LSS, art. 92)</i> <i>Solo si se considera que es una misma enfermedad aquella que no ha concluido. (Art. 58 del RPM del IMSS)</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de los artículos citados de la LSS.

¹¹Asistencia médica: Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar la salud (Art. 2, F. IV, Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS).

II. Prestaciones en dinero otorgadas dentro del ramo de Enfermedades.

En el ramo de Enfermedades el único sujeto amparado por las prestaciones en dinero es el asegurado. En la Tabla 2.2 se muestra las características de otorgamiento de las prestaciones en dinero como: el periodo durante el cual se recibirá el subsidio en dinero, la prórroga para que se otorgue, las cotizaciones semanales necesarias que debe tener el asegurado para que las pueda recibir, el importe que obtendrá y los casos en los que se puede suspender esta recepción.

Tabla 2. 2 Prestaciones en dinero del ramo de enfermedades para asegurados incapacitados temporalmente para el trabajo.

Prestación en dinero	Descripción de la prestación
Sujetos amparados por este seguro	-Asegurado. (LSS, art. 84)
Un subsidio en dinero que se otorgará cuando la enfermedad produzca incapacidad para el trabajo y será entregado a partir:	<i>Del cuarto día del inicio de la incapacidad, mientras dure ésta y hasta por el término de 52 semanas.</i> (LSS, art. 96)
Prórroga: Si al concluir dicho periodo el asegurado continuare incapacitado, previo dictamen del Instituto.	<i>Se podrá prorrogar el pago del subsidio hasta por 26 semanas más.</i> (LSS, art. 96)
Cotizaciones semanales requeridas para el subsidio en dinero.	<i>Al menos 4 cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad.</i> (LSS, art. 96)
Cotizaciones semanales requeridas para trabajadores eventuales.	<i>Al menos 6 cotizaciones semanales en los últimos cuatro meses anteriores a la enfermedad.</i> (LSS, art. 96)
Importe del subsidio en dinero por entregar. Los subsidios se pagarán por periodos vencidos que no excederán de una semana.	<i>60% del último salario base de cotización.</i> (LSS, art. 98)
Suspensión del subsidio	<i>En caso de incumplimiento por parte del enfermo a la indicación de someterse a hospitalización, o cuando interrumpa el tratamiento sin autorización.</i> (LSS, art. 99)

Fuente: Elaboración propia a partir de los artículos citados de la LSS.

2.1.4. Prestaciones por Maternidad (LSS, art. 85 P.2)

La asegurada iniciará su estado de maternidad el día en que el Instituto certifique el estado de embarazo, dicha certificación señalará la fecha probable de embarazo, que servirá para el cálculo de los 84 días en los que puede disfrutar de la prestación en dinero. Durante el estado de embarazo, alumbramiento y el puerperio tiene derecho también a prestaciones en especie.

2.1.5. Régimen financiero y conservación de derechos en el SEM

I. Régimen financiero del Seguro de Enfermedades y Maternidad

Los recursos necesarios para cubrir las prestaciones y los gastos administrativos de este Seguro, así como para el fondo de reserva, se obtendrán de las cuotas que cubran patrones y trabajadores, y de la contribución del Estado. (LSS, art. 105).

Para las prestaciones en especie (LSS, art. 106 y Décimo Noveno Transitorio):

a. Patrones.

- Por cada asegurado se pagará mensualmente una cuota diaria del 20.4% sobre el SMGDF elevada al mes.
- Por cada asegurado con un SDI o salario base de cotización (SBC) mayor a 3 SMGDF, se pagará mensualmente una cuota adicional diaria equivalente al 1.10% sobre la diferencia obtenida de restar el SBC del asegurado menos los 3 SMGDF y será elevado al mes.

b. Trabajadores.

- Cada asegurado con un SBC mayor a 3 SMGDF, pagará mensualmente una cuota adicional diaria equivalente al 0.40% sobre la diferencia elevado al mes.

c. Gobierno.

- Por cada asegurado se pagará mensualmente una cuota diaria equivalente al 13.9% del SMGDF

Para las prestaciones en dinero (LSS, art. 107):

Se financiarán con una cuota del 1% sobre el SBC, que se pagará de la siguiente forma:

- a. **Patrones.** Pagarán el 70% del 1% sobre el SBC
- b. **Trabajadores.** Pagarán el 25% del 1% sobre el SBC
- c. **Gobierno.** Pagarán el 5% del 1% sobre el SBC

Para gastos médicos de pensionados (LSS, art. 25).

Se financiarán con una cuota del 1.5% sobre el SBC, que se pagará de la siguiente forma:

- a. **Patrones.** Pagarán el 1.05% sobre el SBC por cada trabajador asegurado.
- b. **Trabajadores.** Pagarán el 0.375% sobre su SBC
- c. **Gobierno.** Pagará el 0.075% sobre el SBC por cada trabajador asegurado.

II. Conservación de derechos (LSS, art. 109).

El asegurado que se quede sin empleo remunerado, pero que haya cubierto, inmediatamente antes de tal privación, un mínimo de ocho cotizaciones semanales ininterrumpidas conservará, él y sus beneficiarios, durante ocho semanas posteriores a la desocupación, el derecho a recibir las prestaciones de este seguro.

En el siguiente subcapítulo se estudia al control que se hace a las incapacidades temporales para el trabajo, esto se lleva a cabo a través de los Comités para el control de la incapacidad temporal para el trabajo (COCOITT) en ámbitos Normativos, Delegacionales, UMAE y Operativos del IMSS. Este control es realizado porque las incapacidades que se otorgan a través de los CITT tienen repercusiones médicas, económicas, administrativas y legales, y, por lo tanto, el Instituto tiene gran interés en su conocimiento y en la eficiencia de su otorgamiento.

2.2 Control de Incapacidades Temporales para el Trabajo

Durante el otorgamiento de las incapacidades, el Instituto a través de un Comité para Control de Incapacidad Temporal para el Trabajo llamado COCOITT realiza un monitoreo a aquéllos asegurados que tengan más de 200 días de incapacidad (más de 28 semanas y media), esto lo hace con la intención de conocer la razón del alargamiento de las incapacidades otorgadas.

En los últimos 33 años se ha llevado este tipo de control, pero ha tenido cambios en su funcionamiento. En el manual de integración y funcionamiento del COCOITT (IMSS, 2008) se señala como ha sido la evolución de los programas encaminados al monitoreo de las incapacidades a través del tiempo, además se mencionan las generalidades del Comité, sus ámbitos de enfoque y las funciones de cada ámbito.

2.2.1. Antecedentes del COCOITT

En el IMSS se han desarrollado diferentes programas orientados a la vigilancia y control de la expedición de CITT desde 1982, como:

- En 1982 se tenía el Programa de Evaluación de la Atención Médica mediante el control de casos con incapacidad prolongada (PAM).
- En 1989 se publicó el Programa Institucional de Atención Médica prioritaria a los trabajadores, que buscó incrementar la calidad de la atención médica de los trabajadores para su reincorporación oportuna a su vida laboral.
- En 1996 se aprobó el Programa Estratégico de Salud en el Trabajo 1996-2000, a partir del cual el PAM cambio su denominación a Programa de Prestaciones por Riesgos de Trabajo e Invalidez (PRITI).
- En 2005 se crearon los Comités de Evaluación de la Prescripción de la Incapacidad Temporal para el Trabajo (CEPITT) en las unidades médicas de segundo nivel, posteriormente también en las UMF de conformidad con el Reglamento de Organización Interna del IMSS vigente en su momento.
- Después se procedió a la elaboración del Manual de Procedimiento del Comité de Evaluación de Prescripción de la Incapacidad Temporal para el Trabajo (CEPITT), para darle normatividad a la integración y funcionamiento de los Comités en los ámbitos Operativos, Delegacional y en Unidades Médicas de

Alta Especialidad. Aunque por la deficiencia en su seguimiento y control hubo resultados no objetivos en su funcionamiento e impacto del proceso.

- El Manual de Integración y Funcionamiento del CEPITT fue derogado, y sólo se mantuvo en el Catálogo Institucional el Procedimiento del Comité de Evaluación de la Prescripción de la Incapacidad Temporal para el Trabajo.
- En 2007, la Dirección General del IMSS emitió estrategias que fundamentan la creación del Comité de Control de Incapacidad Temporal para el Trabajo (COCOITT), derivadas de un análisis epidemiológico y comportamiento de la Incapacidad Temporal para el Trabajo.
- En 2008 se creó¹² el COCOITT en los ámbitos Normativo, Delegacional y de Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), de conformidad con el Manual de Integración y Funcionamiento que para tal efecto se elaboró y autorizó¹³.
- En 2012 se amplió¹⁴ el ámbito de competencia de los COCOITT, con lo que se sustituyen las acciones que en las unidades médicas de segundo nivel realizaban los CEPITT, transformándose en COCOITT operativos.

2.2.2. Generalidades del COCOITT

La información que se encuentra en este apartado sobre el COCOITT fue consultada en el Manual de Integración y funcionamiento del COCOITT (IMSS, 2008), que como se señaló en los antecedentes, es aquél que le otorga un respaldo normativo a su funcionamiento en los ámbitos Normativo, Delegacional, de UMAE y Operativo.

El COCOITT tiene como objetivo: *Desarrollar propuestas de mejora a los procesos médicos y no médicos que intervienen en la prescripción de la Incapacidad Temporal para el Trabajo, a partir del análisis de la información y la identificación de*

¹² La creación se dictó en el ACDO.AS2.HCT.260808/188.P.DPM y DF del H. Consejo Técnico del IMSS en sesión celebrada el 26 de agosto del 2008.

¹³ El COCOITT fue autorizado el 27 de noviembre de 2008 por la Dirección de Prestaciones Médicas, a partir de ésta fecha se inició con la integración y se puso en funcionamiento todos los Comités.

¹⁴ Se amplió el ámbito de competencia por medio del ACDO.SA1.HCT.270612/156.P.DPM aprobado por el Consejo Técnico del Instituto en la sesión del 28 de junio del 2012.

puntos críticos, con la finalidad de incidir en la calidad de la atención y en consecuencia la reincorporación laboral oportuna de los trabajadores de las empresas afiliadas del propio Instituto, en cumplimiento de la Ley, sus reglamentos y la normatividad vigente.

Para poder lograr dicho objetivo, sus funciones se orientan en mejorar la calidad de la atención médica otorgada a los asegurados, y para optimizarla desarrolla propuestas para que el proceso de abasto, personal y prestaciones económicas sean eficientes.

Asimismo, analiza información diversa para proponer estrategias para el control de la incapacidad temporal para el trabajo y analiza las variaciones del comportamiento de las incapacidades temporales para el trabajo para proponer mejoras a los procesos de prescripción, expedición y pago de los subsidios.

Entre sus funciones también se encuentran el asesoramiento a médicos tratantes y estomatólogos para que conozcan que la prescripción de incapacidades integra aspectos médicos, administrativos y legales; además participa en la mejora continua de los sistemas Institucionales de información relacionados con la incapacidad temporal para el trabajo.

Las incapacidades que se otorgan se registran en el **Sistema de Control de Incapacidades**, esto para llevar un control electrónico de las mismas y así poder conocer en todo momento a los incapacitados y sus características.

2.2.3. Ámbitos de enfoque de los COCOITT y sus funciones.

Existen cuatro ámbitos de enfoque del COCOITT: Normativo, Delegacional, UMAE y Operativos. Cuyos integrantes se mencionan en la Tabla 2.3.

Tabla 2. 3 Integrantes en cada ámbito de enfoque del COCOITT

a) Normativo	b) Delegaciones	c) UMAE	d) Operativos
Un Presidente. Un Secretario Ejecutivo. Un Secretario Técnico. 5 Vocales. Un Asesor. Invitados.	Un Presidente. Un Secretario Ejecutivo. Un Secretario Técnico. 6 Vocales. 3 Asesores. Invitados.	Un Presidente. Un Secretario Ejecutivo. Un Secretario Técnico. Varios Vocales. 2 Asesores. Invitados.	Un Presidente. Un Secretario Ejecutivo. Un Secretario Técnico. 9 Vocales. 2 Asesores. Invitados.

Fuente: Elaboración propia a partir de los integrantes señalados en el Manual de Integración y funcionamiento del COCOITT (IMSS, 2008).

Durante cada sesión del Comité se revisa y se analiza el comportamiento de la incapacidad temporal para el trabajo y el del promedio de días de incapacidad temporal por trabajador.

Cualquier miembro del Comité puede proponer los asuntos a tratar durante una sesión, también se pueden considerar aquéllos que se obtengan como resultado de un análisis de información del comportamiento de la incapacidad temporal para el trabajo. Cada asunto debe ser firmado por el área que lo presente y de cada uno se da seguimiento y se marca como concluido o pendiente, en las sesiones subsecuentes. Para cada asunto o análisis de comportamiento se emiten recomendaciones técnicas y administrativas.

Para establecer los asuntos que se presentarán en cada reunión, el Secretario Ejecutivo y el Técnico deben integrar una carpeta sobre estos asuntos, por medio de la información que pondrán a disposición los vocales. Después de integrarla, el Secretario Ejecutivo le propondrá y presentará la carpeta al Presidente del Comité, que deberá de tener el orden del día de la sesión que se celebrará y el acta de reunión de la sesión anterior firmada por los participantes. Finalmente, el Presidente propondrá en cada reunión la inclusión de presentación de asuntos en el orden del día de la sesión que se trate.

El Presidente es el que preside y dirige las reuniones ordinarias del Comité de acuerdo a un calendario y las extraordinarias cuando sean requeridas. Toda la documentación recibida y generada en el Comité es resguardada por el Secretario Ejecutivo por cinco años y se encarga de tenerla disponible en la página de la comunidad COCOITT.

Los Comités Normativos, Delegacional y UMAE tienen sesiones ordinarias cada tres meses y extraordinarias cuando son requeridas. Cada trimestre, los Comités deben de realizar un informe de sus actividades y también uno anual, éstos son publicados en la página de la Comunidad COCOITT.

Los Comités Operativos tienen sesiones ordinarias cada mes y extraordinarias cuando sean requeridas. Los Comités Operativos realizan un informe trimestral y uno anual, y la Secretaría Técnica se encarga de enviarlos a la Coordinación de Gestión Médica Delegacional (Vocal de los Comités Delegacionales) para su monitoreo e informe en el COCOITT Delegacional.

La Secretaría Técnica de los Comités de las unidades complementarias de UMAE, envían su informe trimestral y su informe anual al Secretario Técnico del Comité de la UMAE a la que pertenece para su monitoreo y análisis.

Durante una sesión, el Presidente, el Secretario Ejecutivo, el Secretario Técnico y los Vocales tienen derecho de voz y voto. Para poder celebrar una

sesión se debe de contar con al menos la mitad más uno de los miembros con derecho a voto.

Las características de cada ámbito de enfoque son:

A. Operativos. En el ámbito Operativo se encuentran en:

- *Las unidades complementarias o unidades hospitalarias y de servicio cuyas actividades específicas complementan las funciones de algunas UMAE, atienden a derechohabientes remitidos de esas UMAE o de otras unidades médicas.*
- Las unidades médicas de 1^{er} y 2^o Nivel pertenecientes a zonas médicas (en las zonas médicas se ubican varias UMF y su hospital de apoyo).

En los Comités operativos se elaboran reportes de los casos mayores a 200 días, después se analizan y se informa lo que se realiza al respecto al Coordinador de Prevención y Atención a la Salud Delegacional (Vocal de los Comités Delegacionales).

Funciones generales de los Vocales.

Proponer soluciones para resolver casos de incapacidad que supera tiempos probables de recuperación, por causas médicas o no médicas, esto lo hace a través de la consulta del Sistema de Control de Incapacidad. Además, realiza esta consulta como supervisión periódica.

B. UMAE.

En los Comités de UMAE y unidades complementarias se realiza un reporte sobre los casos mayores a 200 días de incapacidad temporal para el trabajo, después se analizan y se informan en la página de la Comunidad COCOITT.

Funciones generales de los Vocales.

En las UMAE, tanto los *Jefes de División Médica o Quirúrgica de las áreas que expiden incapacidades como los Directores de las unidades médicas complementarias de las UMAE* identifican en sus departamentos los casos con incapacidad temporal para el trabajo que superen tiempos estimados de recuperación o recurrentes, y establecen la causa médica o no médica que justifiquen esos tiempos, después informan los resultados a los demás integrantes.

Los *Directores Administrativos* revisan los reportes por causas no médicas que generan incapacidad en las unidades para establecer alternativas de solución.

C. Delegacional. *Funciones generales de los Vocales.*

En este COCOITT se evalúa el desempeño de los COCOITT Operativos e informa a los demás miembros del Comité y, además, se analizan e informan resultados sobre:

- Causas médicas y no médicas sobre casos con 200 o más días de incapacidad, para establecer estrategias para mejorar la prescripción y el control de incapacidad temporal para el trabajo que se lleva en las zonas médicas. Aquéllas incapacidades por causas no médicas se estudian para proponer alternativas de solución.
- Casos con más de 500 días incapacitados, los que se estén valorando por invalidez o por incapacidad parcial o permanente (Riesgos de Trabajo) e informa del estatus a los miembros del Comité.
- Casos de trabajadores IMSS con incapacidades recurrentes, mayores a 28 días, cercanos al término de Ley y a los ya dictaminados.

El *Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Económicas y Sociales* vigila que se registren todos los CITT en los Sistemas de Subsidios y Ayudas e informa a los miembros del Comité.

D. Normativo. *Funciones generales de los Vocales.*

En el Comité Normativo se evalúa el desempeño de los COCOITT UMAE y Delegacionales y se analizan algunos aspectos como:

1. Variaciones del gasto por incapacidad temporal para el trabajo (ITT).
2. Comportamiento del ausentismo no programado por ITT.
3. Funcionalidad del Sistema de Control de Incapacidades.
4. Módulo de incapacidades de Expediente Clínico Electrónico.
5. Otros sistemas de información por ITT.

De todos los aspectos se informa a todos los integrantes del Comité.

El monitoreo de las incapacidades le permite al Instituto tener mayor eficiencia en el otorgamiento de las mismas, porque no solo los médicos que

expiden los certificados de incapacidad conocen lo relacionado con el asegurado incapacitado, sino que hay otras autoridades que pueden mejorar la situación en la que se encuentre el asegurado y si es posible resolver causas no médicas que le estén impidiendo salir de la incapacidad y, por tanto, curarse.

Como se planteó en este apartado 2.2, el COCOITT comienza a monitorear a los asegurados desde que tienen 200 días de incapacidad (28.5 semanas), tanto por causas médicas como por las no médicas, que son aquéllas que no serán parte de la enfermedad que padezca el incapacitado, para analizarlas y establecer estrategias de otorgamiento de las mismas. Sin embargo, también se analizan casos con más de 500 días de incapacidad (71.5 semanas) y se conoce si ya se están evaluando para otorgarles invalidez o incapacidad parcial o permanente en el Seguro de Riesgos de Trabajo.

Es importante y necesario para el Instituto llevar a cabo ese monitoreo para mejorar en las prescripciones de las incapacidades, pero las autoridades encargadas también deben de tener en cuenta que un asegurado tiene derecho a estar hasta 728 días incapacitado (104 semanas) por un mismo padecimiento, por esa razón el monitoreo no puede ser causa de no otorgar las incapacidades a quien lo necesite, sino de ayudarlo a tener un tiempo de curación menos prolongado cuando se pueda.

El hecho de que los COCOITT se dividan en los ámbitos Operativo y UMAE permite que en cualquier unidad médica donde se otorguen incapacidades haya un Comité encargado de llevar su control. Cuando se habla de ámbitos Delegacionales y Normativos, es cuando ya existe una referencia hacia la evaluación de los COCOITT Operativo y UMAE, sin embargo, no solo analizan casos con ciertos días de incapacidad, sino que también revisan aspectos más técnicos como el gasto que se hace por incapacidades, funcionamiento del Sistema de Control de las Incapacidades, promedio de días por incapacidades, ausentismo por incapacidades.

Con la comprensión del Seguro de Enfermedades y Maternidad, cuyo aspecto más relevante son las prestaciones que se otorgan en él, en especie y en dinero, y con el conocimiento del monitoreo de las incapacidades, es posible entender el proceso de otorgamiento de las incapacidades, además de que se conoce que de manera interna el IMSS está al tanto de este proceso para tratar de llevar un seguimiento adecuado para beneficio del asegurado y del mismo Instituto.

Capítulo III. El Seguro de Invalidez y Vida

El Seguro de Invalidez y Vida está dividido en dos ramos, el de invalidez y el de vida, cada uno otorga beneficios por ámbitos diferentes. En el ramo de Invalidez se protege al asegurado que entró en un estado de invalidez, por medio de atención médica, farmacéutica y hospitalaria y con una pensión económica. En el ramo de vida se protege de forma médica y económica a los beneficiarios del asegurado y del pensionado en invalidez cuando desafortunadamente éste muere.

El único ramo que se describe en este capítulo es el de invalidez, debido a que este trabajo de investigación se enfoca en las prestaciones económicas que se pagan en él, derivadas de la prolongación del periodo en el que se otorgan incapacidades temporales para el trabajo del ramo de enfermedades y en el otorgamiento de invalidez después de que un asegurado estuvo incapacitado temporalmente para el trabajo durante un periodo no determinado.

3.1. Del ramo de invalidez

3.1.1. Concepto

La invalidez es el resultado de una incapacidad fisiológica o patológica, esto quiere decir que es producto de una enfermedad o accidente no profesionales, que le impide al asegurado desarrollarse en su actividad indispensable productiva.

La invalidez es diferente para cada asegurado, puesto que puede darse por problemas psicológicos, sociales y personales diferentes, que no pueden establecerse en un solo grupo.

Cuando el asegurado se encuentra en estado de invalidez es importante su rehabilitación por medio de atención médica, farmacéutica y hospitalaria para que en algún momento pueda recuperarse, incluyendo a aquellos que se les diagnóstico invalidez permanente. Puesto que, con ello, el asegurado puede volver a la vida social, independientemente de si puede realizar la actividad laboral que venía haciendo (Ruprecht, 1997, pp. 717-721).

I. Concepto de invalidez.

Con fundamento en el art. 119 de la LSS, el art. 31 del RPM del IMSS y la definición 5.29 de la Norma que establece las disposiciones para determinar y declarar el estado de invalidez.

Existe invalidez cuando el asegurado se halle imposibilitado¹⁵ para procurarse, mediante un trabajo igual¹⁶ (nombrado así de acuerdo a la CIUO¹⁷), una remuneración superior al 50% de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesionales.

En este concepto se señala que se tienen que cumplir dos aspectos para que se considere un estado de invalidez, que sea por un padecimiento no profesional y que no pueda obtener un salario superior al 50% en un trabajo igual al que tenía antes del padecimiento. Entonces será no invalidez si no se cumple uno de los dos aspectos o ambos.

3.1.2. Tipos de estado de invalidez

Cuando al asegurado le diagnostican la invalidez, pueden atribuirle un estado de invalidez temporal o uno definitivo, dependiendo de la recuperación que pueda o no presentar la persona.

I. Invalidez temporal.

Además de lo ya señalado en el concepto, el asegurado tiene la posibilidad de mejoría o recuperación de las capacidades físico funcionales para el trabajo remunerado (Definición 5.32 de la Norma que establece las disposiciones para determinar y declarar el estado de invalidez).

II. Invalidez definitiva.

¹⁵ *Imposibilidad*: Limitación físico funcional que impide desempeñar un trabajo o actividad remunerada. **(Definición 5.27 de la Norma que establece las disposiciones para determinar y declarar el estado de invalidez).**

¹⁶ *Trabajo Igual*: es el conjunto de puestos relacionados entre sí porque sus tareas principales son idénticas y exigen aptitudes, habilidades y conocimientos similares; estos puestos quedan cubiertos bajo una misma denominación que define una ocupación. Se especifica de acuerdo a la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) **(Definición 5.46 de la Norma que establece las disposiciones para determinar y declarar el estado de invalidez).**

¹⁷ La Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) es una de las principales clasificaciones de las que la OIT es responsable, es una herramienta para organizar los empleos en una serie de grupos definidos claramente en función de las tareas que comporta cada empleo (OIT, s.f.a). Recuperado el 27 de febrero de 2015 de <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/isco/>.

Además de lo ya señalado en el concepto, el asegurado no recuperará sus capacidades físico funcionales para el trabajo, al agotarse todos los tratamientos médicos y de rehabilitación disponibles en la Institución y el estado de Invalidez se estima es permanente (Definición 5.31 de la Norma que establece las disposiciones para determinar y declarar el estado de invalidez).

Cuando se le diagnostique la invalidez al asegurado, para poder obtener las prestaciones del Seguro de Invalidez y Vida, debe estar dado de alta en el Seguro Social o estar dentro del periodo de conservación de derechos (IMSS, 2012a).

Los asegurados que soliciten la pensión de invalidez y los que se encuentren disfrutándola, deberán sujetarse a las investigaciones de carácter médico, social y económico que el Instituto estime necesarias, sino será causa de suspensión de la pensión que se les esté otorgando (LSS, art. 124), (RPM del IMSS, art. 39).

3.1.3. Reglas para fijar la fecha de inicio del estado de invalidez

Cuando el asegurado es evaluado por invalidez, los médicos de los servicios institucionales de Salud en el Trabajo son los que determinan la fecha de inicio del estado de invalidez (RPM del IMSS, art. 35).

Para establecer una fecha de inicio del estado de invalidez se debe considerar lo siguiente (RPM del IMSS, art.35):

- a) Si el asegurado fue atendido en los servicios médicos del IMSS: la fecha de inicio del estado de invalidez, se contará a partir del día siguiente al último amparado con certificados de incapacidad temporal para el trabajo.
- b) Si el asegurado no fue atendido en los servicios médicos del IMSS¹⁸ se elegirá la fecha de la solicitud realizada ante el Instituto, siempre y cuando exista valoración de los servicios médicos institucionales que fundamenten la dictaminación del estado de invalidez.

¹⁸ El Instituto puede presentar los servicios que tiene encomendados de la siguiente manera (LSS, art. 89): a) Directamente; b) Indirectamente: por convenio con otros organismos públicos o particulares; c) A través de convenio, con quienes tuvieren establecidos servicios médicos y hospitalarios; d) Mediante convenios de cooperación y colaboración con instituciones de salud de los sectores público federal, estatal y municipal.

Una vez que el asegurado es evaluado se le hará una **declaración de invalidez (Dictamen de Invalidez)**, que únicamente puede ser realizada por el personal del IMSS (LSS, art. 119), en particular, por los médicos de los servicios institucionales de Salud en el Trabajo (RPM del IMSS, art. 32 párrafo 2).

3.1.4. ¿Por qué se evalúa al asegurado para determinar un posible estado de invalidez, antes de los dos años que tiene permitido estar incapacitado?

Hay dos artículos que hacen referencia al inicio de la evaluación de invalidez, el art. 32 y el art. 58, ambos del RPM del IMSS, que dicen:

Artículo 58 tercer párrafo, RPM del IMSS.

- I. Cuando se terminen las primeras 44 semanas de tratamiento de una enfermedad no profesional, por la cual se hayan expedido certificados de incapacidad temporal para el trabajo, si el médico tratante considera que la enfermedad no tiene posibilidades de recuperación y que el trabajador no se podrá reincorporar al trabajo, deberá remitir al asegurado al servicio de Salud en el Trabajo para evaluar la procedencia de un posible **estado de invalidez**.*

Artículo 32, RPM del IMSS.

- II. Cuando se agoten las posibilidades de tratamiento médico y de rehabilitación, o bien,*
- III. Cuando se cumplan 52 semanas de incapacidad temporal.*

Los tres incisos mencionados hacen referencia a tres aspectos:

- I. Complicación de la enfermedad.*
- II. Agotamiento de los tratamientos.*
- III. Tiempo de incapacidad.*

De acuerdo a lo anterior, el asegurado es evaluado para un posible estado de invalidez antes de los dos años que tiene permitido estar con incapacitado, si el médico tratante le detecta alguno de los tres aspectos mencionados.

3.1.5. Dictamen de Invalidez

Para que el asegurado pueda gozar de las prestaciones del ramo de invalidez se requiere que se haya declarado la invalidez, mediante el dictamen médico correspondiente (Dictamen de Invalidez) que cumpla con la normatividad establecida (RPM del IMSS, art. 37).

Las disposiciones de la “Norma que establece las disposiciones para determinar y declarar el estado de Invalidez” (IMSS, 2011) rigen las actividades del personal de los servicios de Salud en el trabajo (SST) que elaboran el Dictamen de Invalidez, este personal se encuentra en los siguientes puestos:

- a) Personal operativo de los SST en unidades de atención médica de 1^{er} y 2^o nivel, y delegaciones;
- b) Coordinadores Clínicos;
- c) Jefes de las Divisiones de Salud en el Trabajo;
- d) Coordinadores Auxiliares de Salud en el Trabajo; y
- e) Coordinadores Delegacionales de Salud en el Trabajo;
- f) Otras personas que manejen el área médico-legal-técnico-administrativo del proceso del Dictamen de invalidez, como trabajadores sociales y/o técnicos o especialistas en seguridad e higiene.

Esta norma se utilizó en esta tesis para explicar el proceso del Dictamen de Invalidez, en conjunto con el Reglamento de Prestaciones Médicas y la LSS.

Previamente a la emisión del dictamen, los servicios médicos correspondientes deben de identificar al asegurado mediante documento oficial con fotografía o con el documento que le expida el Instituto en los términos del art. 8 de la LSS. Los datos de este documento se asentarán en el dictamen, el cual, deberá emitirse independientemente del número de semanas cotizadas que tuviera el asegurado (RPM del IMSS, art. 32).

Para la elaboración del dictamen, el médico de Salud en el Trabajo debe utilizar el sistema informático desarrollado para tal fin (el MEST: módulo electrónico de Salud en el Trabajo), excepto cuando la Unidad Médica Familiar donde se realice no cuente con este software se elaborará de manera manual.

El MEST es el sistema informático que se utiliza para la elaboración, aprobación y autorización electrónica de los dictámenes que se emiten en los servicios de Salud en el Trabajo, se encuentra conformado por dos aplicaciones, una localizada en el área médica, integrada por el Sistema de información de Medicina Familiar (SIMF) y el Sistema de información de consulta externa en hospitales (SICEH), la segunda ubicada en prestaciones económicas, denominada

Sistema de Salud en el Trabajo (SISAT) (Disposición 5.12, 5.13, 5.37, 5.42, 5.43, 5.44 de la Norma que establece las disposiciones para determinar y declarar el estado de invalidez).

$$MEST = SIMF + SICEH + SISAT$$

I. Dictamen de Invalidez. Concepto¹⁹.

*El Dictamen es una opinión y juicio emitido por el perito en la materia, formulada por escrito respecto del estado psíquico, físico, funcional, social y laboral de un individuo que debe estar motivado²⁰ y fundamentado²¹ con el **estudio médico integral actualizado**.*

Además de realizar el estudio médico integral actualizado, el personal de Salud en el Trabajo también determina el porcentaje de **pérdida de la capacidad para el trabajo** del asegurado a través de la “**cédula para evaluar el porcentaje global de pérdida de la capacidad para el trabajo en trabajadores afiliados al IMSS**” y de la información médica, laboral y social que requiera, dicho porcentaje se debe de incluir en el dictamen médico correspondiente. Posteriormente, el Médico de Salud en el Trabajo debe de informar de los casos dictaminados (Disposición 7.7, 7.8 y 7.9 de la Norma que establece las disposiciones para determinar y declarar el estado de invalidez), (RPM del IMSS, art. 32, párrafo 2).

II. Dictamen de Invalidez. Estudio médico integral actualizado

El Médico Familiar se encargará de realizar el estudio médico integral actualizado del asegurado con base en la “Guía técnica para la referencia de asegurados a Salud en el Trabajo para estudio de probable estado de invalidez” (Disposición 7.4 de la Norma que establece las disposiciones para determinar y declarar el estado de invalidez). Cabe mencionar que la guía solo contempla algunas enfermedades y el Cáncer no es una de ellas, por tanto, también puede consultar los baremos permitidos.

¹⁹ Definición 5.11 de la Norma que establece las disposiciones para determinar y declarar el estado de invalidez.

²⁰ Motivado: Es cuando se señalan los aspectos médicos y técnicos inmediatos que se tomaron en consideración para la emisión del dictamen (**Definición 5.38 de la Norma que establece las disposiciones para determinar y declarar el estado de invalidez**).

²¹ Fundamentado: Es señalar los preceptos legales aplicables al asegurado dictaminado (**Definición 5.25 de la Norma que establece las disposiciones para determinar y declarar el estado de invalidez**).

Cuando el médico familiar considere que ha completado el estudio médico integral actualizado enviará al asegurado con el Médico de los Servicios de Salud en el Trabajo, quien decidirá si dicho estudio está completo o si le falta alguna interconsulta, estudio de laboratorio o gabinete, entonces lo completará (Disposición 7.6 de la Norma que establece las disposiciones para determinar y declarar el estado de invalidez).

El estudio médico integral actualizado consta de valoraciones médicas, estudios de laboratorio, gabinete y técnicos, incluye historia clínica y resumen clínico del caso, que se practican al asegurado para emitir una conclusión diagnóstica y pronóstico funcional para la vida y el trabajo, todo ello sirve para determinar **la existencia o no del estado de invalidez temporal o definitivo** (Disposición 5.16 de la Norma que establece las disposiciones para determinar y declarar el estado de invalidez).

Cuando el Médico de los servicios de Salud en el Trabajo tenga completo el estudio médico integral actualizado, debe establecer *la fecha de primera cita para dictaminar invalidez*, que es aquella en donde se estipula día, mes y año en que el asegurado es aceptado en Servicios de Salud en el Trabajo para estudiar la posterior determinación de un estado de invalidez mediante la emisión del dictamen de Invalidez formato ST-4 (Disposición 5.24, 7.6 de la Norma que establece las disposiciones para determinar y declarar el estado de invalidez).

III. Dictamen de Invalidez. Cédula para evaluar el porcentaje global de pérdida de la capacidad para el trabajo.

La cédula para evaluar el porcentaje global de pérdida de la capacidad para el trabajo es una herramienta auxiliar en la dictaminación del estado de invalidez, con la que se determina el porcentaje global de pérdida de la capacidad para el trabajo, consta de tres partes (Disposición 5.8, 5.10, 5.19, 5.20, 5.21, 5.23 de la Norma que establece las disposiciones para determinar y declarar el estado de invalidez):

- a) Evaluación de la deficiencia corporal y funcionalidad general.
- b) Evaluación de los factores de contexto.
- c) Evaluación de la capacidad para el trabajo.

Estas tres evaluaciones son el resultado del Nuevo Modelo de Evaluación de la Invalidez implementado en 2004, cuyo líder del proyecto y autor es el Dr.

Manuel Díaz Vega, Jefe de Área de discapacidad de la Coordinación Nacional de Salud en el Trabajo del IMSS. Este modelo se conformó de 4 dimensiones, con las cuales se permite concluir y calificar el estado de invalidez, en caso de su existencia (Frías, 2006):

1. La dimensión de la deficiencia corporal.
2. La dimensión de la funcionalidad general.
3. La dimensión de los factores de contexto.
4. La dimensión de la capacidad para el trabajo.

La dimensión 1 y 2 son parte de la evaluación del inciso a, la dimensión 3 es parte de la evaluación del inciso b y la dimensión 4 es parte de la evaluación del inciso c. Para comprender cada evaluación se analizará cada una a continuación:

a) Evaluación de la deficiencia corporal y funcionalidad general.

Con esta Evaluación se conoce el porcentaje global de pérdida de la capacidad para el trabajo en trabajadores afiliados al IMSS. Se atiende a la deficiencia corporal y a la funcionalidad general.

i. Deficiencia corporal.

La deficiencia corporal²², es la pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Para que los médicos de Salud en el Trabajo evalúen la deficiencia corporal, utilizan guías internacionales desarrolladas por la Asociación Médica Americana. En Frías (2006) se menciona que las guías están estructuradas en capítulos que corresponden a órganos, aparatos y sistemas, a partir de esto, los Médicos Especialistas, orientan y clasifican los diversos diagnósticos de una o varias enfermedades en deficiencia corporal global (estipulan su porcentaje) en función de tablas, cuadros y gráficos definitivos.

ii. Funcionalidad General

²²Una persona discapacitada tiene deficiencia corporal, con limitaciones para realizar actividades y restricciones en la participación social (barreras que existen debidas al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad) (Definición 5.14 de la Norma que establece las disposiciones para determinar y declarar el estado de invalidez).

Para estudiar la funcionalidad general se consideran las actividades de la vida diaria y la relevancia de cada una de éstas según el nivel de independencia funcional alcanzada con una deficiencia corporal (Frías, 2006).

Para evaluar el grado de limitación funcional de una persona, se consultan:

ii.1. Baremos españoles Es el conjunto de normas utilizadas para medir en porcentaje la deficiencia corporal global.

ii.2. Definiciones de actividades que contiene la Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud, de la Organización Mundial de la Salud (CIF).

ii.3. Parámetros de valoración de la Medida de la Independencia Funcional (MIF) de la Academia Americana de Medicina Física y Rehabilitación.

b) Evaluación de los factores de contexto.

Los factores de contexto constituyen el marco en que la vida de una persona se desarrolla, como los factores ambientales y los personales.

Incluye aspectos relacionados con la situación de una persona (edad, área geográfica o entorno donde vive, social, laboral, económica, familiar y educativa), asociados con factores de contexto con impacto en su situación funcional como trabajador, estos factores externos pueden influenciar su desarrollo personal y, de acuerdo a Frías (2006), agravar su condición de pérdida de salud.

c) Evaluación de la capacidad para el trabajo.

Evalúa el porcentaje global de pérdida de la capacidad para el trabajo. Se utiliza para comparar los requerimientos del puesto de trabajo²³ contra las capacidades de la persona, con ello se identifica el porcentaje residual – potencial de capacidad para el trabajo.

En Frías (2006) se explica que tiene ocho grupos de actividades, tomados de la Clasificación Internacional de la Funcionalidad, que al sumarlos establece

²³ El puesto de trabajo/empleo/cargo son un conjunto de tareas que constituyen la labor regular de una persona y las responsabilidades asignadas a un trabajador (**Definición 5.40 de la Norma que establece las disposiciones para determinar y declarar el estado de invalidez**).

una medida de la pérdida global de la capacidad laboral del asegurado en el RO de la LSS para poder dictaminar la existencia y porcentaje de invalidez:

- | | |
|---|-----------------------------|
| a) Aprendizaje y aplicación del conocimiento. | e) Locomoción. |
| b) Tareas y demandas generales. | f) Aspectos mentales. |
| c) Comunicación. | g) Aptitudes. |
| d) Movilidad. | h) Actividades específicas. |

IV. Dictamen de Invalidez. Resolución.

Para efectos de revisar la procedencia o improcedencia y resolver lo conducente al dictamen de invalidez, los equipos interdisciplinarios de las Unidades Administrativas Delegacionales de Salud en el Trabajo son los facultados para validar que el dictamen esté elaborado con base en la normatividad establecida, así como cuando les sea requerido por el órgano colegiado competente, para efectos de la resolución del recurso de inconformidad a que se refiere el artículo 294 de la Ley (RPM del IMSS, art. 32).

El Coordinador Clínico de Salud en el Trabajo deberá (Disposición 7.11 de la Norma que establece las disposiciones para determinar y declarar el estado de invalidez):

- Revisar, analizar y, en su caso, aprobar el dictámenes de invalidez del asegurado o solicitar su corrección.
- Por duda razonable, deberá citar al asegurado para su valoración clínica.

El Coordinador Delegacional de Salud en el Trabajo deberá (Disposición 7.15, 7.16 y 7.17 de la Norma que establece las disposiciones para determinar y declarar el estado de invalidez):

- Revisar y en su caso autorizar los dictámenes de invalidez de los asegurados.
- Determinar si el dictamen de Invalidez es de carácter temporal o definitivo.
- Informar trimestralmente del número de casos y del promedio de días para la autorización de los dictámenes de invalidez, a la Coordinación de Salud en el Trabajo.

El periodo para que se resuelva la resolución del trámite es de 21 días naturales para casos de asegurados en el RO afiliados con la LSS de 1973 y 30

días naturales para casos de LSS 1997. Después, al asegurado se le entregará un documento que mencionará lo que se recibirá de pensión, la fecha desde que iniciará, la forma y el lugar del pago de la misma (IMSS, 2012b).

V. Dictamen de Invalidez. Tipos.

Cuando se realizan los Dictámenes de Invalidez, hay dos alternativas de respuesta: el Dictamen por Invalidez temporal y el Dictamen por Invalidez permanente, pero también se puede dictaminar al asegurado con el 75% o más de Invalidez,

a) Dictamen por Invalidez temporal

Resultará un Dictamen por Invalidez temporal cuando médicamente se determine que existe posibilidad de recuperación para el trabajo.

Se realizará la revaloración médica del pensionado dentro de los 2 años siguientes al de la fecha de expedición del dictamen, para definir si existe recuperación para el trabajo o si se continúa dictaminándose la invalidez temporal por períodos renovables de 2 años (RPM del IMSS, art. 34).

b) Dictamen por Invalidez Permanente

El dictamen definitivo considerará el estado de invalidez de naturaleza permanente, cuando médicamente se establezca la imposibilidad de mejoría y recuperación de la capacidad para el trabajo **(RPM del IMSS, art. 34).**

c) Dictamen que determine el 75% o más de invalidez

En este dictamen, los Médicos de Salud en el Trabajo le determinan al asegurado que tiene más del 75% de invalidez. Este tipo de invalidez indica que el asegurado requiere que lo asista otra persona de manera permanente o continúa debido a su estado físico y mental **(RPM del IMSS, art. 33).**

3.1.6. Prestaciones para el asegurado en estado de invalidez.

El estado de invalidez da derecho al asegurado a que se le otorguen prestaciones en dinero tanto para él como para sus beneficiarios (pensión

temporal o definitiva, asignaciones familiares y ayuda asistencial), así como prestaciones en especie (asistencia médica) (LSS, art. 113).

Los asegurados en estado de invalidez que fueron dados de alta en el RO de la LSS antes del 30 junio de 1997 pueden elegir pensionarse bajo los términos de la LSS de 1973 o bajo el esquema de pensiones de la LSS vigente (LSS, art. 3 transitorio). En caso de que el asegurado haya sido dado de alta en el RO de la LSS a partir del 1 de julio de 1997 solo podrá elegir pensionarse bajo los términos de la LSS de 1997.

Las prestaciones a las que tiene derecho el pensionado por invalidez no han presentado cambios en su definición desde la LSS de 1973 ni en la LSS vigente y son mencionadas en la tabla 3.1. Cada prestación posee características particulares, por tanto, serán explicadas a lo largo de este capítulo. Se exceptúa dentro de la explicación a la asistencia médica, debido a que ya se conocen los servicios médicos que se otorgan bajo el Seguro de Enfermedades y Maternidad.

Tabla 3. 1 Prestaciones para el asegurado en estado de invalidez

Prestación	LSS de 1973	LSS de 1997
I. Pensión temporal	Es la que otorgue el Instituto, con cargo al Seguro de Invalidez (esto quiere decir que se otorgará con recursos del IMSS), por períodos renovables que son cada 2 años, al asegurado en los casos de existir posibilidad de recuperación para el trabajo, <u>o cuando por la continuación de una enfermedad no profesional se termine el disfrute del subsidio y la enfermedad persista.</u> (LSS, 1997, art. 121), (LSS, 1973, art. 130)	
II. Pensión definitiva	Es la que corresponde al estado de invalidez que se estima <u>de naturaleza permanente</u> (LSS, 1997, art. 121), (LSS, 1973, art. 130).	
III. Asistencia médica	Se otorgará conforme a lo que establece el Seguro de Enfermedades y Maternidad (LSS, 1997, art. 120), (LSS, 1973, art. 129).	
IV. Asignaciones familiares	Consisten en una ayuda por concepto de carga familiar y se concederá a los beneficiarios del pensionado por invalidez (LSS, 1997, art. 138), (LSS, 1973, art. 164).	
V. Ayuda asistencial	Consiste en una ayuda para el pensionado por invalidez (LSS, 1997, art. 138), (LSS, 1973, art. 166).	

Fuente: Elaboración propia a partir de los artículos citados de la LSS.

I. Pensión temporal

El concepto de pensión temporal se ha mantenido en las leyes de 1973 y de 1997, por tanto, se analiza y explica conforme a los artículos de la Ley del Seguro Social de 1997.

Artículo 121. *Pensión temporal es la que otorgue el Instituto, con cargo a este seguro, por periodos renovables al asegurado en los casos de existir posibilidad de recuperación para el trabajo, o cuando por la continuación de una enfermedad no profesional se termine el disfrute del subsidio y la enfermedad persiste.*

La pensión temporal es una prestación económica que se otorga con recursos económicos del Seguro de Invalidez y Vida al asegurado que se encuentre en alguno de los dos siguientes supuestos:

1. *Se otorga en los casos de existir posibilidad de recuperación para el trabajo, o sea que el asegurado se encuentre en estado de invalidez temporal.*
2. *Se otorga cuando por la continuación de una enfermedad no profesional se termina el disfrute del subsidio y la enfermedad persiste.*

En el primer criterio se menciona que el asegurado tiene que encontrarse en estado de invalidez temporal para tener derecho a la pensión temporal. Sin embargo, en el segundo criterio se estipula que se puede otorgar cuando se termina el disfrute del *subsidio* debido a la prolongación del padecimiento de una enfermedad general.

El *subsidio* al que se refiere el segundo criterio, es el *subsidio en dinero* que se otorga a un asegurado incapacitado temporalmente para el trabajo, se encuentra fundamentado en el artículo 96 de la LSS y relacionado con los artículos 91 y 92 de la LSS.

En el artículo 91 y 92, se establece que en caso de que el asegurado padezca una enfermedad no profesional, el Instituto le otorgará asistencia médica desde que comience la enfermedad hasta el plazo de 52 semanas para el mismo padecimiento, pero si continúa enfermo, el Instituto prorrogará su tratamiento hasta 52 semanas más.

En el artículo 96 se establece que, si el asegurado se encuentra incapacitado temporalmente para el trabajo, estado derivado de un padecimiento de enfermedad general, tiene derecho a recibir un *subsidio en dinero* desde el 4º

día de incapacidad y hasta por 52 semanas, que se podrá prorrogar hasta 26 semanas más, en caso de que continúe enfermo.

En resumen, los artículos 91, 92, 96 y 121 le otorgan los siguientes derechos al asegurado incapacitado temporalmente para el trabajo:

Art. 91 y 92	<i>Prestaciones en especie</i>	=	52 semanas + 52 semanas de prórroga.
Art. 96	<i>Subsidio en dinero</i>	=	52 semanas + 26 semanas de prórroga.
Art. 121	<i>Pensión por invalidez temporal</i>	=	Cuando se termina el disfrute del subsidio y la enfermedad persiste.

Por tanto, de acuerdo al segundo criterio de otorgamiento de la pensión de invalidez temporal, el asegurado debe acceder a una pensión después de las 78 semanas en las que se disfrutó del subsidio en dinero.

II. Pensión definitiva

La pensión por invalidez definitiva es una prestación económica que se otorga cuando al asegurado se le determina que se encuentra en un estado de invalidez de naturaleza permanente, es decir, que no tiene posibilidades de recuperar su capacidad para realizar la actividad laboral que desempeñaba anterior al siniestro.

III. Cuantía de la pensión temporal y pensión definitiva.

El cálculo para determinar la cuantía de ambas pensiones, la temporal y la definitiva, es el mismo. Sin embargo, si existe diferencia entre la cuantía que se otorga bajo el régimen de pensiones de la LSS de 1973 y la cuantía que se otorga bajo el esquema de pensiones de la LSS de 1997.

A. Ley del Seguro Social de 1973.

En la Ley del Seguro Social de 1973 se establece que la pensión de invalidez se conforma de una cuantía básica anual y de uno o varios incrementos anuales (los incrementos se otorgan cuando el asegurado tiene más de 500 semanas de cotización).

B. Ley del Seguro Social de 1997.

La cuantía de la pensión por invalidez temporal o definitiva bajo la ley del Seguro Social de 1997 *será el 35% del promedio de los salarios de las últimas 500 semanas de cotización* o las que tuviere para ejercer su derecho, anteriores al

otorgamiento de la misma. Actualizados conforme al INPC, más asignaciones familiares y ayudas asistenciales (LSS, art.141).

La diferencia entre ambas pensiones radica en que la pensión por invalidez temporal la otorga el IMSS con los recursos del Seguro de Invalidez y Vida y la pensión por invalidez definitiva se otorgan con los recursos que hay en la cuenta individual del asegurado. De acuerdo con Mendizábal (2007, p. 325) el asegurado obtendrá la pensión por invalidez definitiva de los recursos generados en su **cuenta individual**, porque no hay una subcuenta de invalidez o de muerte.

IV. Asignaciones familiares

Las asignaciones familiares son prestaciones en dinero que reciben los beneficiarios del pensionado por invalidez. En la tabla 3.2 se señalan los sujetos que pueden ser beneficiarios y el monto que recibirán, además, se menciona el momento en el que dejarán de percibir la prestación económica.

Tabla 3. 2 Asignaciones familiares otorgadas en el Seguro de Invalidez y Vida de acuerdo al art. 164 de la LSS de 1973 y al art. 139 de la LSS de 1997.

Situación	Descripción
Beneficiarios y monto de la asignación	<p>I. Para la esposa o concubina del pensionado. 15% de la cuantía de la pensión.</p> <p>II. Para cada hijo menor de 16 años del pensionado, o 25 años de acuerdo al artículo 134 de la LSS. 10% de la cuantía de la pensión.</p> <p>III. Para cada uno de los padres del pensionado que dependieran económicamente de él. (Solo si el pensionado no tuviera esposa o concubina, ni hijos). 10% de la cuantía de la pensión.</p>
Cese de las asignaciones familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Con la muerte del familiar que las originó. • Con la muerte del beneficiario. • Cuando los hijos beneficiarios cumplan 16 años o 25 años, excepto si tienen inhabilitación.
Hijos del pensionado con inhabilitación	<p>Los hijos del pensionado que no puedan mantener por sí mismos, debido a inhabilitación para trabajar por enfermedad crónica, física o psíquica, se les continuará pagando las asignaciones familiares hasta en tanto no desaparezca la inhabilitación.</p> <p>Para que sea reconocida su inhabilitación, deberá ser declarado incapacitado a través del dictamen correspondiente que expidan los servicios institucionales de Salud en el Trabajo, con base en la normatividad vigente (RPM del IMSS, art. 41).</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de los artículos citados de la LSS y del RPM.

V. Ayuda asistencial

La ayuda asistencial es una prestación económica complementaria que se otorga al pensionado por invalidez si se encuentra en las situaciones señaladas en la tabla 3.3, en ella se indica el monto de la ayuda que tendrá derecho a recibir en cada circunstancia.

Tabla 3. 3 Ayuda asistencial otorgada dentro del Seguro de Invalidez y Vida de acuerdo al art. 164 y 166 de la LSS de 1973 y al art. 138 y 140 de la LSS de 1997.

Beneficiario	\$ monto de la ayuda
Para el pensionado. (Solo si él no tuviera esposa o concubina, ni hijos, ni ascendientes que dependan de él económicamente).	15% de la cuantía de la pensión.
Para el pensionado, con un único ascendiente con derecho a la asignación familiar.	10% de la cuantía de la pensión.
El Instituto concederá ayuda asistencial al pensionado por invalidez, cuando su estado físico requiera que lo asista otra persona de manera permanente o continua (LSS, 1973, art. 166), (LSS, 1997, art. 140). Para que se pueda otorgar se requerirá que el médico de los servicios institucionales de Salud en el Trabajo valore al pensionado y emita el dictamen médico correspondiente en el que se determine el 75% o más de invalidez (RPM del IMSS, art. 41).	Aumento hasta del 20% de la cuantía de la pensión de invalidez que este disfrutando el pensionado.

Fuente: Elaboración propia a partir de los artículos citados de la LSS y del RPM.

3.1.7. Requisitos para obtener la pensión de invalidez

El asegurado en estado de invalidez debe cumplir con ciertos requisitos para tener derecho a las prestaciones del ramo de invalidez. Enseguida se señalan las requeridas en cada LSS, 1973 y 1997.

A. Ley del Seguro Social de 1973.

Los requisitos que se deben de cumplir para tener derecho a recibir la pensión de invalidez por la LSS de 1973 se establecen en la tabla 3.4, además, se muestran otras situaciones que se le pueden presentar al pensionado por invalidez y la explicación de las mismas.

Tabla 3. 4 Requisitos necesarios para la obtención de las prestaciones del ramo de invalidez de acuerdo a la LSS de 1973.

Situación	Explicación
Cotizaciones semanales requeridas	150 semanas de cotización. (LSS, art. 131)
¿Desde qué momento se tiene derecho a la pensión de invalidez?	Comenzará desde el día en que se produzca el siniestro y si no puede fijarse el día, desde la fecha de la presentación de la solicitud para obtenerla. (LSS, art. 134)
No exceder del 100% del salario promedio que sirvió de base para fijar la cuantía de la pensión. (LSS, art. 169)	(+) Pensión de invalidez (+) Asignaciones familiares (+) <u>Ayudas asistenciales</u> (=) Como máximo el salario promedio que sirvió de base para fijar la cuantía de la pensión. Esto no se aplicará si la pensión tiene una cuantía del SMGDF.
Aguinaldo anual del pensionado por invalidez	El aguinaldo será igual a una mensualidad de la pensión que perciban (LSS, art. 167 último párrafo) . Para calcular el aguinaldo anual no serán tomadas en cuenta las asignaciones familiares y las ayudas asistenciales que se otorguen (LSS, art. 165 último párrafo) .
Pensión por invalidez no puede ser inferior a un SMGDF	En ningún caso, la pensión de invalidez, más las asignaciones familiares y ayudas asistenciales, podrá ser inferior al SMGDF (LSS, art. 168) .
Cuantía de la pensión mínima	Su monto mensual será igual a un salario mínimo general para el DF. (LSS, art. 172)
Persona con pensión por invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte.	Cuando una persona tuviere derecho a dos o más pensiones de las señaladas, la suma de la cuantía no deberá exceder del 100% del salario del grupo mayor, que sirvió de base para determinar la cuantía de las pensiones concedidas (LSS, art. 124) .
Persona con pensión del seguro de riesgos de trabajo y con pensión de invalidez.	Percibirá ambas sin que la suma de sus cuantías exceda del 100% del salario del grupo mayor, que sirvió de base para determinar la cuantía de las pensiones concedidas. Los ajustes no afectarán la pensión de riesgos de trabajo (LSS, art. 125) .
Casos en los que no se tiene derecho a disfrutar de pensión de invalidez	Cuando el asegurado (LSS, art. 132) : I. Se haya provocado intencionalmente la invalidez. II. Sea responsable del delito que originó la invalidez. III. Padezca <i>un estado de invalidez anterior a su afiliación al RO</i> .
Cuando no se tiene derecho a disfrutar de pensión de invalidez, ¿Qué sucede con los familiares?	En los casos de las fracciones I y II del art. 132, el Instituto podrá otorgar el total o una parte de la pensión a los familiares que tuvieran derecho a las prestaciones que se conceden en el caso de muerte y se cubrirá <u>mientras dure la invalidez del asegurado</u> . (LSS, art. 132)

<p>Suspensión del pago de la pensión de invalidez.</p>	<p>I. Durante el tiempo en que el pensionado desempeñe un trabajo comprendido en el RO de la LSS. No sucederá la suspensión si ocupa con diverso salario un puesto distinto a aquél que desempeñaba al declararse ésta (LSS, art. 123).</p> <p>II. Cuando un pensionado por invalidez se niegue a someterse a los exámenes previos o posteriores y a los tratamientos médicos prescritos o abandone éstos. Esta suspensión subsistirá mientras el pensionado no cumpla con lo dispuesto. (LSS, art. 135)</p>
<p>Pensionado que traslade su domicilio al extranjero.</p>	<p>A su solicitud, el IMSS le entregara el importe de dos anualidades de su pensión, extinguiéndose con ese pago todos los derechos provenientes del Seguro (LSS, art. 126, p. 2).</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de los artículos citados en la LSS y en el RPM.

B. Ley del Seguro Social de 1997.

Los requisitos necesarios que se deben de cumplir para que el asegurado en estado de invalidez tenga derecho a las prestaciones del ramo de invalidez de la LSS de 1997 se encuentran en la tabla 3.5, así como otras situaciones que se le pueden presentar al asegurado en estado de invalidez.

Tabla 3. 5 Requisitos necesarios para la obtención de las prestaciones del ramo de invalidez de acuerdo a la LSS de 1997.

Situación	Explicación
<p>Cotizaciones semanales requeridas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 250 semanas de cotización. • 150 semanas de cotización. Si por el dictamen respectivo se determina el 75% o más de invalidez. <p style="text-align: right;">(LSS, art. 122 P.1)</p>
<p>Asegurado declarado en estado de invalidez de naturaleza permanente sin las cotizaciones semanales requeridas.</p>	<p>Podrá retirar, en el momento que lo desee, el saldo de su cuenta individual del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez en una sola exhibición.</p> <p style="text-align: right;">(LSS, art. 122 P.2)</p>
<p>No exceder del 100% del salario promedio que sirvió de base para fijar la cuantía de la pensión. (LSS, art. 143)</p>	<p>(+) Pensión de invalidez (+) Asignaciones familiares (+) <u>Ayudas asistenciales</u> (=) Como máximo el salario promedio que sirvió de base para fijar la cuantía de la pensión.</p>
<p>Aguinaldo anual del pensionado por invalidez</p>	<p>La cuantía de la pensión por invalidez, servirá para fijar la cuantía del aguinaldo anual, que no será inferior a 30 días (LSS, art. 142)</p> <p>Para calcular el aguinaldo anual no serán tomadas en cuenta las asignaciones familiares y las ayudas asistenciales que se otorguen (LSS, art. 139).</p>

Pensión por invalidez inferior a la pensión garantizada.	En ningún caso, la pensión de invalidez, más las asignaciones familiares y ayudas asistenciales, podrá ser inferior a la pensión garantizada, en caso de que sea así, el Estado aportará la diferencia (LSS, art. 141) .
Pensión garantizada	Pensión garantizada es aquélla que el Estado asegura a pensionados por invalidez, cesantía en edad avanzada y vejez Su monto mensual será igual a un salario mínimo general para el DF, cantidad que se actualizará anualmente, en el mes de febrero, conforme al INPC (LSS, art. 170) .
Casos en los que no se tiene derecho a disfrutar de pensión de invalidez	Cuando el asegurado (LSS, art. 123) : I. Se haya provocado intencionalmente la invalidez. II. Sea responsable del delito intencional que originó la invalidez. III. Padezca <i>un estado de invalidez anterior a su afiliación al RO</i> . ²⁴ .
Cuando no se tiene derecho a disfrutar de pensión de invalidez, ¿Qué sucede con los familiares?	En los casos de las fracciones I y II del art. 123, el Instituto podrá otorgar el total o una parte de la pensión a los familiares que tuvieran derecho a las prestaciones que se conceden en el caso de muerte y la pensión se cubrirá <u>mientras dure la invalidez del asegurado</u> . (LSS, art. 123 P.2)
Suspensión del pago de la pensión de invalidez.	I. Durante el tiempo en que el pensionado desempeñe un trabajo en un puesto igual a aquél que desarrollaba al declararse ésta. (LSS, art. 114) . II. Cuando un pensionado por invalidez se niegue a someterse a los exámenes previos o posteriores y a los tratamientos médicos prescritos o abandone éstos. Esta suspensión subsistirá mientras el pensionado no cumpla con lo dispuesto anteriormente. (LSS, art. 126 P.1), (RPM del IMSS, art. 13, F.1) Cuando el asegurado al que se le haya determinado invalidez, se rehabilite (LSS, art. 126 P.2) . Esto significa que desapareció el estado de Invalidez que origino el pago de una pensión de invalidez (RPM del IMSS, art. 13, F.1) .
En caso de rehabilitación del pensionado por invalidez y de que se le suspenda la pensión ¿Qué hará la aseguradora contratada?	I. Devolverá al Instituto la parte de la reserva del retiro programado contratado, deduciendo las pensiones pagadas y los gastos administrativos en que haya incurrido. II. Devolverá a la Administradora de Fondos para el Retiro, que le

²⁴Invalidez anterior al aseguramiento (**Definición 5.30 de la Norma que establece las disposiciones para determinar y declarar el estado de invalidez**). Es cuando el asegurado se halle imposibilitado para desempeñar un trabajo remunerado antes de su afiliación al RO del IMSS o que el estado de invalidez se haya presentado entre la extinción del periodo de conservación de derechos y su reingreso al RO.

Cabe aclarar que no es lo mismo *invalidez anterior al aseguramiento* y *la enfermedad que genera el estado de invalidez*, esta última puede existir anterior a la afiliación del asegurado y agravarse con el tiempo hasta impedirle desempeñar sus actividades laborales.

	operaba la cuenta individual al trabajador, los recursos no utilizados de la cuenta individual del mismo para que le vuelva a abrir la cuenta correspondiente (LSS, art. 126 P.3).
Pensionado que traslade su domicilio al extranjero.	Recibirán su pensión mientras dure su ausencia, conforme a lo dispuesto por convenio internacional, aunque los gastos administrativos de traslado de los fondos corran por cuenta del pensionado (LSS, art. 117).

Fuente: Elaboración propia a partir de los artículos citados en la LSS y en el RPM.

En relación a cambios notables entre ambas leyes, se distingue el aumento de semanas cotizadas de 150 a 250, necesarias para el otorgamiento de la pensión, que se dio de la LSS de 1973 a la de 1997 y la permanencia de la pensión de invalidez que otorga la LSS de 1997 a los pensionados que trasladen su domicilio al extranjero.

3.1.8. De la conservación y reconocimiento de derechos

Cuando a los asegurados se les dé de baja en el IMSS y dejan de pertenecer al RO, podrán conservar los derechos que se les otorgan en los diferentes seguros del IMSS por el tiempo establecido en cada uno de ellos. Debido a esto, en la tabla 3.6 se menciona todo lo relacionado a la conservación y reconocimiento de derechos en el Seguro de Invalidez y Vida.

Tabla 3. 6 De la conservación y reconocimiento de derechos.

Situación	Descripción del periodo
Los asegurados que dejen de pertenecer al régimen obligatorio, conservarán los derechos adquiridos en el Seguro de Invalidez y Vida.	Por un $\frac{1}{4}$ del tiempo cubierto por sus cotizaciones semanales, contado a partir de la fecha de su baja. Este periodo no será menor de 12 meses. (LSS, art. 150).
El asegurado que dejó de estar sujeto al régimen obligatorio y reingrese a éste, se le reconocerá el tiempo cubierto por sus cotizaciones anteriores.	<p>I. Si la interrupción en el pago de cotizaciones no fuese mayor de 3 años, se le reconocerán todas sus cotizaciones, al momento de la reinscripción.</p> <p>II. Si la interrupción fue de 3 a 6 años, se le reconocerán todas las cotizaciones anteriores a partir de su reingreso, cuando haya cubierto un mínimo de 26 semanas de nuevas cotizaciones;</p> <p>III. Si el reingreso ocurre después de 6 años de interrupción, las cotizaciones anteriormente cubiertas se le acreditarán al reunir 52 semanas reconocidas en su nuevo aseguramiento, y</p> <p>IV. Los pensionados por invalidez que reingresen al régimen obligatorio, cotizarán en todos los seguros, con excepción del de invalidez y vida.</p>

	Para las fracciones II y III, si el reintegro del asegurado ocurriera antes de expirar el período de conservación de derechos, se le reconocerán de inmediato todas sus cotizaciones (LSS, art. 151).
--	--

Fuente: Elaboración propia a partir de los artículos citados en la LSS.

3.1.9. Del régimen financiero

Los recursos necesarios para financiar las prestaciones y los gastos administrativos del seguro de invalidez y vida, se obtendrán de las cuotas que están obligados a cubrir los patrones, los trabajadores y demás sujetos obligados, así como de la contribución que corresponda al Estado (**LSS, art. 146**).

En total se recaudará el 2.5% sobre el SBC de cada trabajador.

Patrones 1.75% sobre el SBC de cada trabajador (**LSS, art. 147**).

Trabajadores 0.625% sobre su SBC (**LSS, art. 147**).

Estado 0.125% sobre el SBC de cada trabajador (**LSS, art. 148 y art. 108**).

3.2. Enfermedades no profesionales que pueden provocar que a una persona se le pensione por invalidez

Esta tesis se enfoca en el estudio de las incapacidades temporales para el trabajo de los asegurados que padecen cáncer, se escogió esta enfermedad porque los tumores malignos son la tercera causa de mortalidad en México, con 12.16 % del total de las defunciones en el año, y solo superada por enfermedades del corazón con el 18.15% y diabetes mellitus con el 14.12% del total de las mismas (ver tabla 3.7).

Tabla 3. 7. Defunciones totales por principales causas de mortalidad, 2012

PRINCIPALES CAUSAS	DEFUNCIONES
Total	602,354
Enfermedades del corazón ^a	109,309
Diabetes mellitus	85,055
Tumores malignos	73,240
Accidentes	37,727
Enfermedades del hígado	33,310
Enfermedades cerebrovasculares	31,905
Agresiones	25,967
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	18,532
Influenza y neumonía	15,734
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal ^b	14,391
Insuficiencia renal	11,955
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	9,414
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	7,730
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	5,549
Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	5,172
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	4,974
Septicemia	4,516
Anemias	3,647
Enfermedades infecciosas intestinales	3,347
Úlceras gástrica y duodenal	2,496
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	10,656
Las demás causas	87,728

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2012). Causas de defunción: Defunciones generales totales por principales causas de mortalidad, 2012.

De acuerdo con la información que publicó el IMSS en las Memorias estadísticas de los años 2013 y 2014, los tumores malignos son la segunda causa de la realización de dictámenes de invalidez, 12.04% y 12.63%, respectivamente, esto quiere decir que se incrementó el número de dictámenes por esta enfermedad en un 0.59%. En las tablas 3.8 y 3.9 se distingue el número de dictámenes de invalidez según la naturaleza de la lesión de los años mencionados, donde la Diabetes Mellitus es la que encabeza dicha lista, seguida de los tumores malignos, dorsopatías, insuficiencia renal y artropatías (primeras cinco enfermedades). Estos dictámenes de invalidez son iniciales y fueron aceptados en el año en el que se indican.

A pesar de que la diabetes mellitus encabeza ambas situaciones, se eligió estudiar al cáncer debido al tiempo indefinido que puede durar enfermo un asegurado y que, derivado del padecimiento, éste puede sufrir un desgaste de salud que lo puede incapacitar temporalmente para el trabajo y hasta ser dictaminado con invalidez.

Tabla 3. 8 Dictámenes de invalidez según naturaleza de la lesión, y género de las personas dictaminadas, 2013.

Naturaleza de la Lesión	Hombres	Mujeres	Suma	%
Total Nacional	15,642	6,642	22,284	100.00%
Diabetes mellitus	2,558	575	3,133	14.06%
Tumores (neoplasias) malignos	1,449	1,233	2,682	12.04%
Dorsopatías	1,563	779	2,342	10.51%
Insuficiencia renal	1,406	429	1,835	8.23%
Artropatías	996	814	1,810	8.12%
Enfermedades cerebrovasculares	739	193	932	4.18%
Enfermedades isquémicas del corazón	524	50	574	2.58%
Trastornos de la coroides y de la retina	428	127	555	2.49%
Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	373	127	500	2.24%
Alteraciones de la visión y ceguera	307	97	404	1.81%
Osteopatías y condropatías	268	99	367	1.65%
Enfermedades del hígado	281	78	359	1.61%
Otras formas de enfermedad del corazón	277	64	341	1.53%
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	165	72	237	1.06%
Trastornos Extrapiramidales y del movimiento	156	66	222	1.00%
Otros	4,152	1,839	5,991	26.88%

(1) Con base en la CIE-10

Fuente: Memoria Estadística del IMSS 2013 (IMSS, 2013). Capítulo VI Salud en el Trabajo. Cuadro VI.35.

Tabla 3. 9 Dictámenes de invalidez según naturaleza de la lesión, y género de las personas dictaminadas, 2014.

Naturaleza de la Lesión	Hombres	Mujeres	Suma	%
Total Nacional	14,361	6,014	20,375	100.00%
Diabetes Mellitus	2,524	569	3,093	15.18%
Tumores (Neoplasias) Malignos	1,371	1,202	2,573	12.63%
Dorsopatías	1,191	628	1,819	8.93%
Insuficiencia Renal	1,348	349	1,697	8.33%
Artropatías	913	740	1,653	8.11%
Enfermedades Cerebrovasculares	669	198	867	4.26%
Enfermedades Isquémicas del corazón	476	37	513	2.52%
Trastornos de la Coroides y de la Retina	353	114	467	2.29%
Parálisis Cerebral y otros Síndromes Paralíticos	329	128	457	2.24%
Otras formas de Enfermedad del Corazón	298	66	364	1.79%
Alteraciones de la Visión y Ceguera	254	67	321	1.58%
Osteopatías y Condrotropatías	232	71	303	1.49%
Enfermedades del Hígado	240	54	294	1.44%
Trastornos Mentales Orgánicos, incluidos los Trastornos Sintomáticos	206	69	275	1.35%
Polineuropatías y Otros Trastornos del Sistema Nervioso Periférico	154	48	202	0.99%
Trastornos Extrapiramidales y del Movimiento	154	43	197	0.97%
Enfermedades Desmielinizantes del Sistema Nervioso Central	101	92	193	0.95%
Trastornos Episódicos y Paroxísticos	134	55	189	0.93%
Esquizofrenia, Trastornos Esquizotípicos y Trastornos Delirantes	127	57	184	0.90%
Traumatismo de la Rodilla y de la Pierna	144	29	173	0.85%
Traumatismos de la Cadera y del Muslo	141	29	170	0.83%
Glaucoma	140	28	168	0.82%
Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias Inferiores	120	40	160	0.79%
Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	115	17	132	0.65%
Retraso Mental	94	35	129	0.63%
Otros diagnósticos	2,533	1,249	3,782	18.56%

(1) Con base en la CIE-10

Fuente: Memoria Estadística del IMSS 2014 (IMSS, 2014a). Capítulo VI Salud en el Trabajo. Cuadro VI.35.

Capítulo IV. El caso del cáncer

Al final del capítulo anterior se mostró la razón estadística del enfoque de esta investigación en asegurados incapacitados temporalmente para el trabajo por la enfermedad del cáncer y se aludió al tiempo indefinido que pueden durar incapacitados. Sin embargo, con este capítulo se pretende analizar el aspecto conceptual de la enfermedad, las complicaciones de salud que puede llegar a presentar un enfermo de cáncer y las afectaciones que pueden adolecer en el momento de realizar sus actividades laborales. La señalización de estas afectaciones se hace solamente en las personas que padecen los cánceres con más incidencia en el país, de acuerdo al proyecto GLOBOCAN 2012 de la Organización Mundial de la Salud. La información estadística de este proyecto también es analizado y mostrado.

4.1 Las células y su alteración genética

4.1.1 ¿Qué es el cáncer?

El cáncer es el crecimiento anormal de una célula que después de enfermar al tejido del que es parte, puede invadir a otros tejidos y formar metástasis, actualmente se conocen más de 100 tipos distintos de cáncer (Gámez, Sánchez y Fresno, 2010, p. 15).

La célula es el elemento de menor tamaño que puede considerarse vivo. Un ser humano se compone de células en todos sus tejidos, estos a su vez forman órganos que son parte de aparatos o sistemas, los cuales en conjunto constituyen a un individuo.

Célula → Tejido → Órgano → Aparato o Sistema → Individuo

Toda célula nace, realiza su función, se multiplica y debe morir en cierto momento. Además, tienen otras características particulares como:

- La función de una célula es específica y está comprometida de realizarla.

- El comportamiento de la célula se encuentra coordinado, tiene que enviar, recibir e interpretar señales, que le dicen cómo y cuándo debe actuar, esto quiere decir que se le señala cuando debe hacer, no hacer, multiplicarse o morir por el bien del organismo.
- La multiplicación celular es un proceso regulado, que se realiza para mantener sano al organismo.
- La muerte celular también es un proceso regulado, que debe ocurrir para evitar anomalías.

Las perturbaciones moleculares dentro de la célula pueden originar mutaciones. Algunas de las células que presentan mutaciones pueden multiplicarse más que otras, aunque sean parte del mismo tejido, esta característica les proporciona una ventaja selectiva sobre ellas que acaba con la armonía que se tiene dentro del funcionamiento de las células que forman un tejido. Este desequilibrio da origen al cáncer, cuyo proceso puede durar desde meses o hasta años en cierta población de células (Gámez et al. 2010, p. 15).

No todas las células con perturbaciones pueden originar cáncer, debido a que hay sistemas de control y reparación de daños en el material genético del organismo que no lo permiten, solo aquellas que son células de origen para cáncer muestran inestabilidad genética, porque presentan diversos episodios de mutación y de selección para evitar ser controladas por el organismo (Gámez et al. 2010, p. 16). Esa célula de origen cuando se multiplica genera millones de células, también alteradas, que forman un tumor maligno o neoplasias malignas (Herrera y Andonegui, 2010, p. 21). El proceso por el cual una célula normal se transforma en maligna se llama carcinogénesis (Lizano, 2013, p. 17).

En MDGuidelines (s.f.a) se señala que los tumores malignos tienden a crecer sin restricciones y pueden expandirse a los tejidos y órganos circundantes. Las células del tumor descendientes de la célula de origen se separan y viajan a un sitio diferente, ya sea por el torrente sanguíneo o por el sistema linfático, y en el nuevo lugar se dividen y replican y forman un tumor secundario (metástasis) que destruye las estructuras del tejido del nuevo lugar y si no se atienden estos casos, como consecuencia se van deteriorando los órganos, que son el conjunto de tejidos del nuevo lugar donde se encuentran (Cuevas y Santos, 1985, p.13), y esto produce la muerte del individuo (Granados y Herrera, 2010, p.3).

En MDGuidelines (s.f.a) se menciona que pueden pasar años antes de que se conozca que hay un tumor, debido a que el individuo puede ser asintomático y, por lo tanto, cuando se descubre la enfermedad ya pudo haber ocurrido

metástasis dentro de los órganos vitales como el hígado, los pulmones, los huesos o el cerebro.

En Gámez et al. (2010, p. 16) se señalan las características principales del cáncer y de las células cancerosas, que son:

El cáncer es la proliferación de un tipo de células distintas (les llaman aberrantes), de la dotación normal del organismo. Su proliferación puede ser rápida o lenta, y su acumulación puede ser masiva o minoritaria. Las células cancerosas se vuelven independientes ante las restricciones de los tejidos normales.

4.1.2 Carcinogénesis: alteraciones en el ADN y en su expresión.

La carcinogénesis u oncogénesis se da por alteraciones en el ADN de la célula debido a anomalías adquiridas o heredadas en sus mecanismos de control (proto-oncogenes, genes supresores de tumores y en genes reparadores del ADN), aunque también puede haber alteraciones epigenéticas.

Durante la carcinogénesis ocurren tres etapas (Lizano et al, 2013, p. 19):

1. Iniciación: es cuando ocurre el cambio permanente y heredable en el ADN.
2. Promoción: es el proceso donde se van acumulando alteraciones genéticas.
3. Progresión: las células se vuelven malignas, incrementan su proliferación y crecimiento, adquiriendo la propiedad de invadir tejidos adyacentes y así ocasionar metástasis.

I. Genes alterados que intervienen en la transformación maligna de la célula.

Los genes centrales del comportamiento de una célula se dividen en dos clases: los proto-oncogenes y los genes supresores de tumores (Gámez, et al. 2010, p. 16). Estos genes controlan la proliferación celular (Granados y Herrera, 2010, p.2), los mecanismos de crecimiento, la diferenciación y la muerte celular tanto en la vida adulta como embrionaria (Lizano et al, 2013, p. 17).

Los proto-oncogenes son genes normales que intervienen en la replicación celular y se conocen más de 50 diferentes (Weisburger y Williams, 1996, p.20), se activan en etapas iniciales del desarrollo embrionario y se atenúan posteriormente. Cuando tienen alteraciones genéticas que producen una activación independiente de los estímulos regulados, se aumenta la proliferación de las células. Si una

célula tiene mutaciones en los proto-oncogenes se transforman en **oncogenes** y sus células descendientes tendrán la misma alteración (Lizano et al, 2013, p. 17).

En una célula normal los proto-oncogenes promueven la proliferación de la célula, es decir, la multiplicación celular y los genes supresores detienen la proliferación a través de la muerte celular y la limitación del ciclo celular. En una célula cancerosa los oncogenes aumentan la proliferación celular y los genes supresores no actúan (es decir, no hay muerte celular y no hay limitación del ciclo celular), por lo tanto, favorecen a que se produzca esa proliferación.

Lizano (2013, p. 18) también considera a los genes reparadores del ADN dentro de aquéllos que pueden ser alterados, porque sin reparación del ADN dañado se favorece al desarrollo de una célula cancerosa y a la transmisión de información con mutación a las células descendientes.

II. Alteraciones epigenéticas.

Son modificaciones del ADN, no se altera su secuencia sino la expresión de los genes, esto significa que existe un impedimento o facilidad dentro de la unión del ADN con las proteínas que transcriben los genes (Lizano et al, 2013, p. 18).

4.2 Causas del surgimiento del cáncer

La carcinogénesis puede ocurrir por factores hereditarios o por agentes externos llamados agentes carcinogénicos (Lizano, 2013, p. 17-19).

I. Agentes externos: carcinógenos

Los agentes externos que pueden producir la iniciación de la carcinogénesis pueden ser químicos, biológicos o físicos (Castelo y Martínez, 2010, p. 71).

Químicos.

Castelo y Martínez (2010, p. 71-72) indican que los agentes químicos: *“son sustancias y preparados que, por inhalación, ingestión o penetración cutánea, pueden producir cáncer o aumentar su frecuencia”*. Las características de los tumores inducidos por carcinógenos químicos son (Castelo y Martínez, 2010, p. 72):

- Presentan especificidad de órgano
- Aparecen tras exposiciones prolongadas y repetidas.

- Su periodo de latencia es largo, en ocasiones superior a los 20 años.

Entre los principales carcinógenos químicos o factores de riesgo están (Castelo y Martínez, 2010, p. 72-76): el tabaco; el arsénico; el asbesto; los hidrocarburos aromáticos poli cíclicos; los metales como níquel, cobalto, cadmio o cromo; los asociados con la dieta.

Físicos.

Castelo y Martínez (2010, p. 76) mencionan que entre los agentes físicos que pueden producir cáncer están las radiaciones ionizantes y las ultravioletas.

Estar expuesto a radiación ultravioleta (rayos solares) produce daños en el ADN tanto a los nucleótidos como a las cadenas del ADN, que se vuelve incapaz de repararlos (Lizano, 2013, p. 20).

Las radiaciones ionizantes pueden ser artificiales (pruebas nucleares, centrales nucleares, minas, aquéllas que tienen uso médico, etc.) y naturales (rayos cósmicos, radiación atmosférica o de la corteza terrestre, el potasio 40 y el carbono 14) (Castelo y Martínez, 2010, p. 76).

Biológicos.

Los virus pueden ser partícipes en el desarrollo del cáncer. Puede ser de manera directa cuando el virus que tiene información genética se integra en los cromosomas de una célula, la modifica y la vuelve maligna, esto hace que actúe como oncogén durante alguna etapa de la carcinogénesis. También lo hace de forma indirecta cuando el virus participa durante el crecimiento celular en una población de células alteradas (Castelo y Martínez, 2010, p. 76) (Lizano, 2013, p. 20).

Entre los virus conocidos están: Virus HTLV-1, Virus de Epstein Barr (VEB), Virus del Papiloma humano (VPH), Virus de la Hepatitis B (VHB) y de la Hepatitis C (VHC).

II. Factores hereditarios

Los factores hereditarios son las mutaciones que afectaron tres grupos de genes: oncogenes, genes supresores y los genes de reparación, integridad o estabilidad del ADN (Serenó, Gómez, Barriuso y Hernández, 2010, p.83)

Las mutaciones que sufre una persona en los oncogenes, en los genes supresores y en los genes de reparación del ADN se almacenan dentro de sus células sexuales y en el momento de la concepción la información del ADN con

mutaciones se traslada a las nuevas células de los descendientes directos. Existen entre 100 y 200 síndromes de predisposición hereditaria conocidos. Sin embargo, solo entre un 5% y un 10% del total de los tumores se derivan de factores hereditarios (Serenó et al. 2010, pp. 84-85)

4.3 Diagnóstico del cáncer

En todo diagnóstico de cáncer debe haber una estadificación del tumor, que es la evaluación de la extensión del cáncer, esto se hace para poder elegir el mejor tratamiento para la neoplasia. Las biopsias son la base de la estadificación (Lenhard et al. 1996, p. 77).

Entre los objetivos de la estadificación del cáncer están (Lenhard et al., 1996, p. 78):

- *Ayudar al médico a planificar el tratamiento de cada paciente.*
- *Ayudar a la valoración de las distintas formas de tratamiento.*
- *Facilitar el intercambio de información entre centros de tratamiento en el mundo.*
- *Evaluar los resultados del tratamiento (como la supervivencia del paciente).*
- *Establecer el pronóstico o la evaluación según estadios y tratamiento.*

Para hacer la estadificación se utiliza una nomenclatura común que es el Sistema TNM (tumor, nódulo, metástasis), usado en todo el mundo (Lenhard et al., 1996, p. 77-78) descrito en la tabla 4.1.

Tabla 4. 1 Descripción del Sistema TNM

Descripción de la nomenclatura	Nomenclatura
T: tamaño del tumor primario	T0 T1 T2 T3 T4
N: Presencia o ausencia y extensión de la metástasis a los ganglios linfáticos regionales.	N0 N1 N2 N3
M: Presencia o ausencia de metástasis a distancia.	M0 M1

Fuente: Lenhard et al., 1996.

4.4 Tratamientos aplicados para erradicar el cáncer

Entre los tratamientos más comunes que se utilizan para erradicar el cáncer se encuentra la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia. El 62% de las curaciones de tumores malignos se hacen a través de una cirugía, el 25% con

radioterapia, el 4% con quimioterapia y la combinación de tratamientos otorga un 9% de curación (Granados, Alcalá y Beltrán, 2013, p.112).

El médico debe hacer un análisis exhaustivo para elegir el mejor tratamiento para erradicar el cáncer en un paciente. En los casos de cáncer muy avanzado donde se estima que el paciente no podrá curarse, entonces se elige un tratamiento paliativo para suministrárselo al individuo y mejorar su calidad de vida.

4.4.1 Cirugía oncológica

La cirugía oncológica es el tratamiento más efectivo en neoplasias sólidas, se utiliza durante el diagnóstico, la estadificación, el control del tumor primario, el control de la enfermedad regional, para reconstrucción de defectos quirúrgicos y para tratar complicaciones, además en los casos con metástasis sirve como tratamiento curativo o paliativo (Granados et al. 2013, p.112).

La cirugía consiste en extirpar todo el tumor maligno y ganglios regionales en riesgo, es el tratamiento principal para erradicar el cáncer de mama, esófago, tiroides, estómago, hígado, páncreas, colon, recto, piel, melanoma y sarcomas. Es un tratamiento eficaz, que posterior a él, permite que se pueda estudiar la pieza extirpada y poder hacer un pronóstico de la enfermedad para utilizar tratamiento complementario (Granados et al., 2013, p.113-114). Cuando se habla de un tumor irreseccable quiere decir que no se puede hacer la extirpación completa.

4.4.2 Radioterapia oncológica

La terapia de radiación irradia las células cancerosas para destruirlas. La radiación puede provenir de una máquina (radiación externa) o de material radiactivo implantado quirúrgicamente dentro del individuo (braquiterapia) (MD Guidelines, s.f.a). La radioterapia oncológica se utiliza para tratar tumores malignos y relevos ganglionares (Maldonado y Toledano, 2013, p. 122).

4.4.3 Quimioterapia

La quimioterapia es el uso de un medicamento para destruir células cancerosas (Morales, Álvarez, Garza y Aguilar, 2010, p.223), se toman por vía oral o intravenosa de acuerdo con un programa predeterminado. El paciente recibe la quimioterapia por un periodo de tiempo delimitado, al terminar toma un receso del medicamento y posteriormente comienza con otro ciclo de tratamiento. Los ciclos de tratamiento se repiten tantas veces como se prescriben, y la respuesta del individuo al tratamiento se controla con otros fármacos (MD Guidelines, s.f.a).

La relación entre dosis del fármaco y la supervivencia de las células tumorales es exponencial, por tanto, si en cada ciclo de tratamiento se mueren 99.99% de las células cancerígenas y en el intervalo de descanso entre dosis éstas células aumentan de manera exponencial, entonces se necesitan de varios ciclos para matar hasta la última célula cancerosa, generalmente se prescriben cinco ciclos. Existen posibilidades de que un individuo presente resistencia al fármaco y mientras lo consume no es perceptible el regreso de células alteradas (Fleming et al., 1996, p. 133).

4.5 Incidencia del cáncer en México

La Organización Mundial de la Salud (OMS), a partir de la Agencia Internacional para la Investigación sobre el cáncer, creó el proyecto GLOBOCAN en 2008, para proporcionar estimaciones contemporáneas de la incidencia, de la mortalidad y la prevalencia de los principales tipos de cáncer a nivel nacional para 184 países del mundo.

Los datos mostrados en el primer proyecto se denominan GLOBOCAN 2008, pero los datos más actuales se pueden encontrar en GLOBOCAN 2012. De acuerdo con la OMS (2012), las estimaciones mostradas *“se basan en los datos más recientes disponibles en la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC) y en la información a disposición del público en Internet, pero las cifras más recientes pueden estar disponibles directamente de fuentes locales”*.

En el proyecto de GLOBOCAN 2012 se indican los 20 tipos de cáncer con mayor incidencia, mortalidad y prevalencia del cáncer por 5 años en México. Los datos se puede encontrar generalizados sin distinción de género y también aludiendo solamente al género masculino y al femenino. En esta investigación se señalan dentro de la tabla 4.2, 4.3 y 4.4, respectivamente.

Al observar la tabla 4.2 se distingue que los cinco tipos de cánceres con mayor incidencia en ambos sexos, son el de mama, próstata, cuello uterino, colon y recto, y pulmón. Respecto de estos cinco canceres hay cuatro de ellos que forman parte de los tipos de cáncer con mayores casos de prevalencia en 5 años excepto el de pulmón. Otro aspecto relevante a señalar es que los cánceres con mayores casos de mortalidad son el de mama, próstata, pulmón, estómago e hígado.

Es importante mencionar que dentro de la incidencia total de cáncer, el 44.29% fue padecido por hombres y un 55.71% por mujeres (comparación de casos expuestos en la tabla 4.2, 4.3 y 4.4). Respecto de las proporciones anteriores, en los hombres se atribuye el 9.47% de la incidencia a cáncer de próstata y en las mujeres el 23.25% a cáncer de mama y de cuello uterino. Es decir, que el 32.72% de los enfermos de cáncer se concentran en tres padecimientos, que es casi una tercera parte de las incidencias totales. La mortalidad de estos cánceres no es alta con respecto a los casos de incidencias, esta afirmación indica que las personas que los padecen pueden curarse siguen un tratamiento adecuado.

A partir de la observación de la gráfica 4.1, en donde se muestra la incidencia y mortalidad de los 20 tipos de cánceres por medio de una gráfica de barras horizontal, se obtuvo una comparación de ambas situaciones con información de ambos géneros. Entre lo más destacado se encontró que el cáncer de pulmón tiene una incidencia y mortalidad con una diferencia muy corta entre ambas cifras, quiere decir que de cada 8,439 que se enferman hay 7,608 que mueren, es decir, que los casos de mortalidad representan un 90% sobre los casos de incidencia, esta tasa indica que el cáncer de pulmón tiene una probabilidad muy alta de muerte de la persona que lo padece.

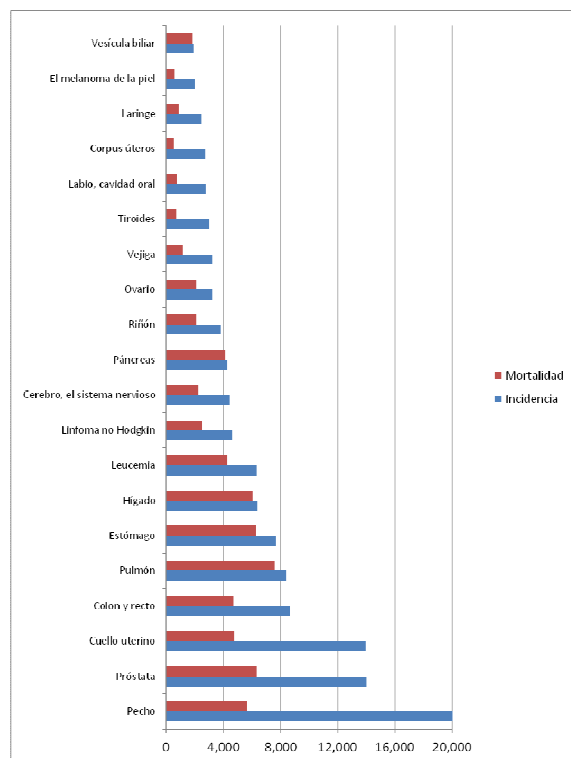
Otros tipos de cáncer que muestran una alta tasa de probabilidad de muerte, son los relacionados al hígado, páncreas, estómago y vesícula biliar. En el cáncer de hígado hay 6,068 muertes por cada 6,387 incidencias, en el de páncreas hay 4,133 muertes de 4,274 incidencias, en el de estómago son 6,281 de 7,280 incidencias y en la vesícula biliar los casos de incidencia son 1,981 y de mortalidad son 1,861. Esta información abarca ambos sexos.

La Asociación Americana del cáncer tiene una guía de recomendaciones para la detección temprana del cáncer en personas asintomáticas, que comprenden exámenes para detectar cáncer de la cavidad oral, tiroides, piel, ganglios linfáticos, testículos, próstata y ovarios. Para los cánceres con mayor incidencia a nivel mundial se tienen protocolos para detectarlos, aplican para el cáncer de mama, colon y recto, próstata y útero. En México se hacen campañas para su detección.

Tabla 4. 2 Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer, ambos sexos, en México, 2012.

Cáncer	Incidencia	Mortalidad	Prevalencia 5 años
	Número	Número	Número
Pecho	20,444	5,680	75,529
Próstata	14,016	6,367	41,088
Cuello uterino	13,960	4,769	47,000
Colon y recto	8,651	4,694	21,694
Pulmón	8,439	7,608	8,099
Estómago	7,680	6,281	12,791
Hígado	6,387	6,068	4,975
Leucemia	6,325	4,264	6,100
Linfoma no Hodgkin	4,632	2,558	8,700
Cerebro, el sistema nervioso	4,446	2,237	6,527
Páncreas	4,274	4,133	3,048
Riñón	3,851	2,115	10,047
Ovario	3,277	2,105	9,048
Vejiga	3,245	1,166	9,330
Tiroides	3,036	702	11,930
Labio, cavidad oral	2,791	767	6,896
Corpus úteros	2,733	550	9,847
Laringe	2,479	891	6,990
El melanoma de la piel	2,031	612	5,755
Vesícula biliar	1,981	1,861	2,512
Todos los cánceres excepto cáncer de piel no melanoma	147,985	78,719	358,363

Gráfica 4. 1 Comparación de la incidencia y mortalidad de los 20 cánceres con mayor incidencia en México durante 2012, ambos sexos.



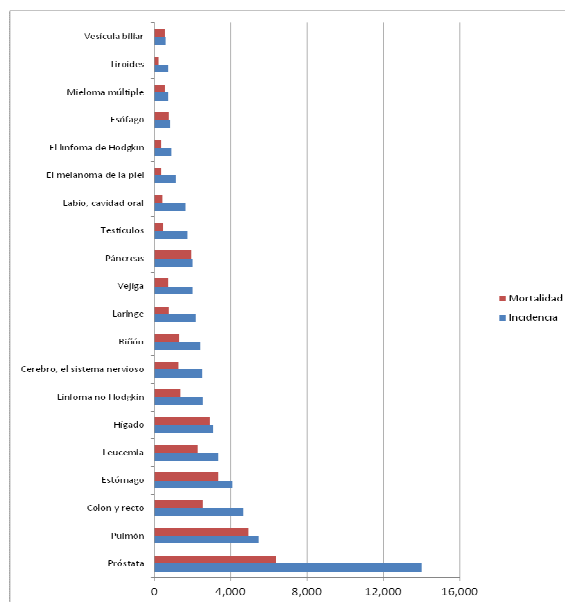
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Globocan 2012, recuperados el 30 de agosto de 2015 en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx.

En el caso particular de los hombres, los cinco tipos de cáncer en donde presentan mayor incidencia son en el de próstata, de pulmón, colon y recto, estómago y leucemia; y los cinco cánceres con mayor número de muertes son el cáncer de próstata, pulmón, estómago, hígado y, colon y recto (cuatro de ellos son los más incidentes). En cuanto a los tipos de cáncer con mayores casos de prevalencia por 5 años están las neoplasias malignas en la próstata, en el colon y en el recto, en el estómago, en el riñón y en la laringe, cabe señalar que tres de ellos son parte de los cinco más incidentes (ver tabla 4.3). Sin embargo, dentro de la comparación entre mortalidad e incidencia, aquéllos en donde se encuentra poca diferencia entre ambos son los cánceres de pulmón, hígado, páncreas, esófago y vesícula biliar (ver gráfico 4.2).

Tabla 4. 3 Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer, hombres, en México, 2012.

Cáncer	Incidencia	Mortalidad	Prevalencia 5 años
	Número	Número	Número
Próstata	14,016	6,367	41,088
Pulmón	5,471	4,945	5,249
Colon y recto	4,656	2,528	11,722
Estómago	4,104	3,368	6,819
Leucemia	3,363	2,280	3,105
Hígado	3,068	2,919	2,384
Linfoma no Hodgkin	2,546	1,380	4,730
Cerebro, el sistema nervioso	2,498	1,252	3,756
Riñón	2,395	1,304	6,360
Laringe	2,159	777	6,081
Vejiga	2,013	726	5,769
Páncreas	2,004	1,937	1,445
Testículos	1,742	443	5,060
Labio, cavidad oral	1,625	441	4,020
El melanoma de la piel	1,147	346	3,258
El linfoma de Hodgkin	892	344	2,422
Esófago	819	756	853
Mieloma múltiple	741	559	1,297
Tiroides	725	214	2,798
Vesícula biliar	588	553	734
Todos los cánceres	65,540	38,666	138,307

Gráfica 4. 2 Comparación de los veinte cánceres con mayor incidencia en México durante 2012, hombres, tanto en su incidencia, como en su mortalidad.



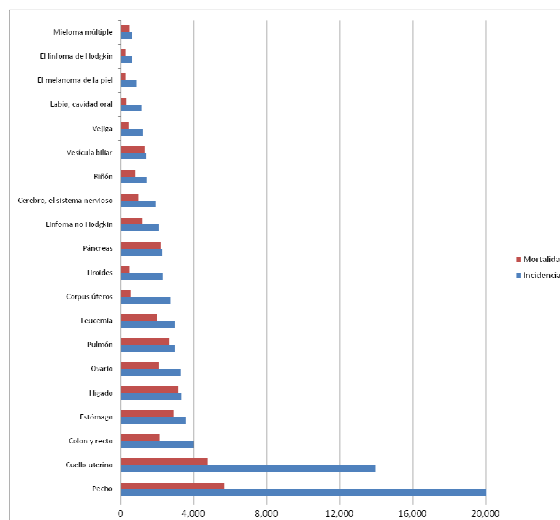
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Globocan 2012, recuperados el 30 de agosto de 2015 en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx

En el caso de las mujeres, los tipos de cáncer que presentan mayores casos de incidencia son las neoplasias malignas de la mama, del cuello uterino, del colon y recto, del estómago y del hígado; y los tipos de cáncer con mayor número de casos en mortalidad son el cáncer de mama, cuello uterino, hígado, estómago y pulmón (cuatro de ellos son los más incidentes). Cabe señalar que los tres tipos de cáncer con mayor incidencia también tienen el mayor número de casos de prevalencia en cinco años (cáncer de mama, cuello uterino y colon y recto), en cuarto y quinto lugar de prevalencia están las neoplasias malignas del corpus úteros y tiroides (ver tabla 4.4). Dentro de la comparación de mortalidad e incidencia de casos mostrada en la gráfica 4.3, se observa que los tipos de cánceres con menor diferencia entre ambas características son el de páncreas, hígado, vesícula biliar, pulmón y por último el de estómago.

Tabla 4. 4 Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer, mujeres, en México, 2012

Cáncer	Incidencia	Mortalidad	Prevalencia 5 años
	Número	Número	Número
Pecho	20,444	5,680	75,529
Cuello uterino	13,960	4,769	47,000
Colon y recto	3,995	2,166	9,972
Estómago	3,576	2,913	5,972
Hígado	3,319	3,149	2,591
Ovario	3,277	2,105	9,048
Pulmón	2,968	2,663	2,850
Leucemia	2,962	1,984	2,995
Corpus úteros	2,733	550	9,847
Tiroides	2,311	488	9,132
Páncreas	2,270	2,196	1,603
Linfoma no Hodgkin	2,086	1,178	3,970
Cerebro, el sistema nervioso	1,948	985	2,771
Riñón	1,456	811	3,687
Vesícula biliar	1,393	1,308	1,778
Vejiga	1,232	440	3,561
Labio, cavidad oral	1,166	326	2,876
El melanoma de la piel	884	266	2,497
El linfoma de Hodgkin	651	254	1,828
Mieloma múltiple	639	470	1,121
Todos los cánceres excepto cáncer de piel no melanoma	82,445	40,053	220,056

Gráfica 4. 3 Comparación de los veinte cánceres con mayor incidencia en México durante 2012, mujeres, tanto en su incidencia, como en su mortalidad.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Globocan 2012, recuperados el 30 de agosto de 2015 en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx

4.6 Características de los cinco tipos de cáncer con mayor incidencia en México

En este apartado se presentan las características de los cinco cánceres que más padecen los mexicanos, de acuerdo a lo que se encontró en GLOBOCAN 2012. Éstos son el cáncer de mama, de próstata, de cuello uterino, de colon y recto, y de pulmón.

Las características que se mencionan se refieren a la descripción, tratamiento, incapacidades y complicaciones al regreso al trabajo. Con la descripción se comprende lo que ocurre en una persona cuando padece ese tipo de cáncer, con el contenido del tratamiento se analiza lo que vivió el individuo durante el padecimiento de la enfermedad y hasta dónde puede llegar la gravedad de su estado físico para su recuperación, esto también influye en el periodo de las incapacidades que se le pueden otorgar y las complicaciones que puede padecer cuando regrese al trabajo.

4.6.1 Cáncer de mama

I. Descripción.

El cáncer de mama se debe a la presencia de células malignas en el tejido mamario. Cuando las células malignas de este cáncer entran en el sistema linfático pueden viajar a órganos distantes, como órganos reproductivos, el cerebro, el hígado, los huesos o los pulmones. El cáncer de mama llega a ser mortal cuando las células malignas se difunden a otros órganos vitales y dañan su función (MD Guidelines, s.f.b).

II. Tratamiento.

La cirugía es el método más utilizado en este tipo de cáncer y se realiza de varias formas como (MD Guidelines, s.f.b):

- *Lumpectomía* es la extirpación de sólo el tumor canceroso y su tejido circundante, evitando la mayor parte del tejido mamario.
- *Mastectomías segmentarias o parciales* sobre tejido mamario tomando tejido sano tanto sea posible, esto es eliminar el tejido del tumor y los alrededores.
- *Mastectomía radical modificada* es una cirugía donde se extirpa toda la mama, la totalidad o la mayor parte de los ganglios linfáticos cercanos, parte de la piel sobre el pecho, y algunos músculos del pecho.

III. Incapacidades

La duración de la incapacidad varía significativamente en función del tipo y el estadio del cáncer, tratamiento, y la extensión del cáncer. Si el cáncer es agresivo requiere un período de incapacidad amplio. Otras características que se consideran son la edad del enfermo, su condición nutricional y si se ha encontrado metástasis (MD Guidelines, s.f.b).

IV. Complicaciones al regreso al trabajo.

Debido a los tratamientos que son asignados a los enfermos por cáncer de mama, puede ser necesaria una reasignación de actividades laborales si se requiere el movimiento del cuerpo superior y la fuerza (MD Guidelines, s.f.b).

Después de una mastectomía, puede disminuir de manera temporal o permanente la fuerza muscular en el brazo y el hombro y el rango de movimiento. Puede haber linfedema en un brazo y eso impide su movimiento para realizar alguna actividad laboral (MD Guidelines, s.f.b).

Se puede necesitar de reducción de horas de trabajo debido a que la quimioterapia trae efectos en la persona que puede no llegar a tolerar el ambiente de trabajo y suelen tener síntomas como náuseas, diarrea y fatiga debido al tratamiento (MD Guidelines, s.f.b), y por tanto su estado de salud puede ser evaluado para otorgarle incapacidades temporales para el trabajo.

4.6.2 Cáncer de próstata

I. Descripción.

La próstata está ubicada en la base del pene rodeando la uretra, que es el tubo a través del cual se excreta la orina desde la vejiga (Garza, 2006, p. 32).

II. Tratamiento.

El tratamiento para el cáncer de próstata depende del grado y etapa de la enfermedad, la edad del individuo, y la salud general del paciente, como: la cirugía (prostatectomía simple o radical o resección transuretral de la próstata), radioterapia, quimioterapia, tratamiento hormonal para los hombres que están en alto riesgo (MD Guidelines, s.f.g):

III. Incapacidades

En este tipo de cáncer los factores que pueden influir en la duración de la incapacidad son el tipo y etapa de la enfermedad en la presentación inicial, infección concurrente, la salud en general, el tipo de tratamiento utilizado, y la respuesta al tratamiento (MD Guidelines, s.f.g).

IV. Complicaciones al regreso al trabajo.

La prostatectomía radical a menudo resulta en la disfunción eréctil y / o incapacidad para controlar la orina (incontinencia urinaria), ambas condiciones pueden ser temporales o permanentes, se debe de considerar que estas personas necesitarán de permisos constantes para ir al baño (MD Guidelines, s.f.g).

La radioterapia también puede originar pérdida gradual de la función eréctil, diarrea, fatiga, cambios en la piel, y pérdida de cabello en la zona irradiada. Algunas personas pueden requerir un trabajo más sedentario durante un período de tiempo debido a la debilidad y a la fatiga después de la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia (MD Guidelines, s.f.g).

4.6.3 Cáncer de útero

I. Descripción.

Hay dos tipos de cáncer de útero: el de endometrio y el de cuello del útero. El endometrio es la capa interna del útero (Garza, 2006, p. 35).

Un factor de riesgo para el cáncer de endometrio es exponerse a estrógenos durante largos periodos, como las mujeres que presentan su menopausia tardía o cuando se han recibido estrógenos como anticonceptivos sin progesterona (Garza, 2006, pp. 35-36). De acuerdo a Ortiz-Mendoza y Velasco-Navarro (2013, p. 262) se tienen varios factores de riesgo para el cáncer de endometrio como: Obesidad, Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial sistémico.

El cáncer del cuello del útero es el cáncer de la entrada estrecha del útero (cérvix). Este tipo de cáncer se asocia comúnmente con un virus del papiloma humano de transmisión sexual (VPH). La prueba del Papanicolaou ayuda a su detección temprana (MD Guidelines, s.f.c).

II. Tratamiento.

Depende del estadio del cáncer, pero se puede aplicar una cirugía (histerectomía simple o radical), así como radioterapias o quimioterapias (MD Guidelines, s.f.c).

III. Incapacidades.

La duración de la incapacidad dependerá del estadio del cáncer, una persona con estadio 0 se recuperará más rápido que una de estadio IV donde tendrán incapacidades largas o podrán llegar a la invalidez debido a las dificultades de la enfermedad (MD Guidelines, s.f.c).

IV. Complicaciones al regreso al trabajo.

Las mujeres que fueron tratadas quirúrgicamente con quimioterapia o con radioterapia, van a necesitar descanso constante, se les puede asignar menos horas de trabajo. En estadios avanzados puede haber hemorragias masivas, obstrucción rectal y metástasis, esto puede llevar a una invalidez de la mujer con el padecimiento, debido a las dificultades de llevar los síntomas. (MD Guidelines, s.f.c).

4.6.4 Cáncer de colon y recto

I. Descripción

El cáncer de colon es un cáncer del tracto gastrointestinal inferior se caracteriza por el desarrollo de tumores cancerosos (malignos) en el intestino grueso (colon). El intestino grueso es el que recibe alimentos parcialmente digeridos en el intestino delgado, dentro de sus funciones están la extracción del agua y los nutrientes de la comida antes de almacenar el resto como desecho; los residuos se mueven hacia el recto y a través del ano se expulsan fuera del cuerpo. El intestino grueso se compone de cuatro secciones: el colon ascendente, colon transverso, el colon descendente y el colon sigmoide antes de desembocar en el recto (MD Guidelines, s.f.d).

El cáncer rectal es un tumor originario de las células de la mucosa en el último segmento del intestino grueso (colon) que termina en el ano (recto). El recto se forma de las últimas 6 pulgadas del tracto gastrointestinal, se divide en 3 partes, la superior, la media y la inferior. El cáncer del recto se clasifica según el

tipo de célula que se encuentra en el tumor (célula de origen). Casi todos (98%) de los tumores rectales son adenocarcinomas, que significa que el cáncer se origina en las células glandulares que recubren la capa interior de la pared del recto (MD Guidelines, s.f.h).

II. Tratamiento

Cirugía (colectomía, abdominoperineal resección, exenteración pélvica), radiofrecuencia, criocirugía, quimioterapia y radioterapia (MD Guidelines, s.f.d), (MD Guidelines, s.f.h).

III. Incapacidades

Los factores que pueden influir en la duración de la incapacidad son los siguientes (MD Guidelines, s.f.d), (MD Guidelines, s.f.h):

- Etapa en la que se detectó el cáncer.
- Longitud del colon que fue removido en la cirugía.
- La cantidad de tejido rectal que fue removido en la cirugía.
- La presencia de una colostomía temporal o permanente.
- La eficacia del tratamiento (radiación, quimioterapia o inmunoterapia), y la respuesta del individuo a estos tratamientos.
- La edad avanzada.

IV. Complicaciones al regreso al trabajo

Entre las complicaciones de cáncer de colon se encuentran la obstrucción intestinal, perforación, telescópico del intestino sobre sí mismo (intususcepción), y la formación de fístulas en el intestino delgado, la vejiga o la pared vaginal. Mala absorción de los alimentos, pérdida de sangre en el sitio del tumor que ocasiona bajas concentraciones de hierro en la sangre (anemia), entre otras (MD Guidelines, s.f.d).

4.6.5 Cáncer de pulmón

I. Descripción

El cáncer de pulmón lo padecen con más frecuencia fumadores, pero pueden padecerlo personas que no fuman pero inhalan pasivamente ciertas sustancias, un ejemplo el asbesto. El cáncer en etapa I y II es aquél que se encuentra dentro del pulmón o en los ganglios linfáticos, en la etapa III y IV ya se ha diseminado a otros tejidos del cuerpo, aunque solo es curable en etapas tempranas sin diseminación (Garza, 2006, p. 27).

II. Tratamiento

Cirugía (lobectomía, neumonectomía, linfadenectomía), quimioterapia y radioterapia.

III. Incapacidades

Los factores que pueden influir en la duración de la incapacidad son (MD Guidelines, s.f.):

- Etapa en la que se detectó el cáncer.
- Las infecciones concurrentes.
- Estado de salud en general.
- Los tratamientos de radioterapia y quimioterapia pueden extender las incapacidades.
- Función pulmonar subyacente.

IV. Complicaciones al regreso al trabajo

Las complicaciones que se presentan puede ser la inflamación del pulmón, neumonía, confusión, trastornos, equilibrio, dolor de cabeza y cambios de personalidad si el tumor ha hecho metástasis en el cerebro (MD Guidelines, s.f.f).

El cáncer de pulmón suele invadir el tejido cercano como las costillas, los vasos sanguíneos, los nervios principales, los huesos, médula ósea. Si la diseminación se hace en el hueso, puede haber fracturas y lesiones de la médula espinal (paraplejia o tetraplejia). Los tumores grandes pueden obstruir alguna vena principal que lleva sangre al corazón (vena cava obstrucción) y esto puede dar lugar a la hinchazón (edema) de la cabeza y el cuello, dolor de cabeza, mareos, alteraciones de la visión, y la pérdida súbita de la conciencia (síncope) (Ibid).

Conclusión del capítulo.

El cáncer es una enfermedad que se puede presentar tanto en hombres como en mujeres en cualquier edad, puede haber síntomas o no antes de su diagnóstico, por ello, se debe ser precavido en todo momento y si se presenta algún síntoma acudir inmediatamente a una unidad de salud cercana para realizarse un diagnóstico oportuno. También hay programas de detección temprana en personas asintomáticas para los cánceres con mayor incidencia a nivel nacional como el de mama, útero, próstata, colon y recto.

Cada tipo de cáncer tiene consecuencias distintas, pero todas afectan a una parte del cuerpo y las personas que lo padecen pueden llegar a necesitar descanso para sobreponerse de la enfermedad y de los tratamientos que se les han aplicado, ahí la importancia de que los asegurados tengan prestaciones en especie y en dinero en el seguro de enfermedades y maternidad. En ocasiones este descanso se vuelve prolongado, porque no hay mejoría completa o porque ha quedado una parte del cuerpo dañada, es entonces que se le otorga una pensión de invalidez al asegurado, porque probablemente ya no se recupere o necesite de más tiempo para hacerlo.

Capítulo V. Bases de datos digitales del IMSS

El propósito de esta investigación es conocer si existen asegurados con padecimiento de cáncer, como enfermedad no profesional, a quienes les hayan otorgado incapacidades temporales para el trabajo por un periodo mayor a 78 semanas. Debido a ello, se pidió en la Coordinación de Prestaciones Económicas del IMSS información al respecto y se obtuvo una respuesta positiva (ver anexo 2). Esta petición ha sido la única solicitada a la Coordinación (ver anexo 1), anteriormente no habían compartido los datos con gente externa al IMSS.

La Coordinación compartió la información en dos bases de datos digitales que contienen diversas variables. En una base de datos (en esta investigación se le denominó Base de Datos Incapacitados, BDI) se tienen a los asegurados con padecimiento de cáncer, a los que les otorgaron incapacidades temporales para el trabajo desde 2004 hasta 2014, en los tres niveles de atención médica del IMSS. En la otra base de datos (denominada como Base de Datos Pensionados, BDP) se tienen a los asegurados que se encuentran en un estado de invalidez por la afectación física acontecida al padecer cáncer, con un periodo de otorgamiento de la pensión desde 2003 hasta 2013.

La diferencia de los años de inicio de los datos en BDI y BDP, se debe a que el IMSS comenzó a utilizar sistemas digitales para la realización de dictámenes de invalidez en 2003 y para el otorgamiento de incapacidades temporales para el trabajo en los tres niveles de atención en 2006. Sin embargo, aunque iniciaron con la captura de incapacidades en 2006, no solo capturaban las incapacidades iniciales sino que también capturaban incapacidades subsecuentes, con días acumulados que permiten cuantificar a personas cuya incapacidad comenzó en 2004. Como ejemplo se puede mencionar a una persona cuya última incapacidad se dio el 4 de abril de 2006 y que a esa fecha tenía 499 días de incapacidad acumulados, si se quiere conocer el día de su primera incapacidad se debe restar a la última fecha de incapacidad registrada los días que tenga acumulados de incapacidades: 4/Abr/2006 – 499 días = 22/Nov/2004, con ello se puede verificar que a la persona le dieron su primera incapacidad en 2004.

Las incapacidades que se otorgan el Instituto se expiden de manera manual y digital, ambas están registradas en el sistema electrónico de control de incapacidades del IMSS.

Cuando la Coordinación aceptó compartir las bases de datos, expuso que dentro de ellas se iban a colocar los datos que se necesitaran para esta investigación, excepto aquéllos con los cuales se pudieran identificar a los asegurados y a los médicos que expidieron el certificado, como el número de seguro social (NSS) de los asegurados y la información perteneciente a los médicos. Aunque para poder distinguir a los asegurados dentro de las bases de datos, la Coordinación sustituyó al NSS por una nueva variable denominada *Id_persona*, que es un compuesto de 10 y 11 números establecidos al azar, y no tiene ninguna relación con el NSS.

Otra variable encontrada en ambas bases de datos es el *Cod_Cie 10*, este código se refiere a los tipos de cáncer que padecen los asegurados que conforman las bases de datos. Los diferentes tipos de cáncer se encuentran clasificados dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que pertenece a la Familia de Clasificaciones Internacionales (FCI) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Esta familia de clasificaciones se compone de tres clasificaciones de enfermedades. Además de la CIE, también se encuentra la Clasificación del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y la Clasificación de Procedimientos en Medicina (CPM). La FCI fue creada por la OMS para que los diferentes gobiernos, los proveedores y los consumidores de los Sistemas de Salud la utilicen como un lenguaje común, en donde todos puedan entender que se habla de la enfermedad. Estas Clasificaciones Internacionales permiten un mejor y más fácil almacenamiento, análisis e interpretación de datos.

En México se cuenta con el Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades (CEMECE), que es el centro nacional de referencia para promover y vigilar el uso correcto de las clasificaciones Internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), además se encarga de asesorar a los usuarios de estas clasificaciones en la solución de los problemas detectados durante su aplicación. Con ello el Centro contribuye al mejoramiento de la calidad de las estadísticas de morbilidad, mortalidad y procedimientos en medicina en el país.²⁵

La CIE más actual es la versión 10 (CIE-10), dentro de la clasificación se encuentra el Código asignado a cada patología y el nombre de la enfermedad. Dentro de la Estructura de la CIE 10 versión en línea 2010 en español²⁶ se

²⁵ Información de la página electrónica del CEMECE <http://www.cemece.salud.gob.mx/acercade/index.html>

²⁶ Versión online encontrada en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/>

encuentra organizada la información en 22 capítulos. El capítulo II corresponde a las Neoplasias, que abarcan desde el C00 hasta el D48. Desde el C00 hasta el C97 se encuentran las neoplasias malignas, a partir de la D00 a D09 están los tumores in situ, de la D10 – D36 están las neoplasias benignas y de la D47 – D48 están las Neoplasias de comportamiento incierto o desconocido, quedando entonces como sigue (los tumores malignos se nombran como TM):

- C00-C97 Neoplasias malignas (NM)
 - C00-C75 Las neoplasias malignas, declaradas o presuntas de ser primaria, de los sitios especificados, excepto de linfoide, hematopoyético y tejidos afines.
 - C00-C14 NM de labio, cavidad oral y faringe.
 - C15-C26 TM de los órganos digestivos.
 - C30-C39 TM de los órganos respiratorios e intratorácicos.
 - C40-C41 TM de los huesos y el cartílago articular.
 - C43-C44 Melanoma y otros tumores malignos de la piel.
 - C45-C49 TM de mesotelial y tejidos blandos.
 - C50-C50 TM de la mama.
 - C51-C58 NM de los órganos genitales femeninos.
 - C60-C63 NM de los órganos genitales masculinos.
 - C64-C68 NM del tracto urinario.
 - C69-C72 TM de los ojos, el cerebro y otras partes del sistema nervioso central.
 - C73-C75 TM de la tiroides y otras glándulas endocrinas.
 - C76-C80 TM de sitios mal definidos, secundarios y no especificadas.
 - C81-C96 NM declaradas o presuntas de ser primaria, de linfoide, hematopoyético y tejidos afines.
 - C97-C97 TM de independiente (primarios) de sitios múltiples.
- D00 - D09 En los tumores in situ.
- D10 - D36 Neoplasias benignas.
- D37 - D48 Neoplasias de comportamiento incierto o desconocido.

Para especificar la localización del tumor, a las clasificaciones expuestas se le agrega otro carácter, entonces el Código CIE puede quedar así: C0XX. El primer carácter es numérico y va desde el 0 hasta el 9, en los siguientes dos se pueden encontrar números y la letra X. Para esta investigación solo se analizarán los códigos de Neoplasias Malignas (C00 – C97). En la CIE- 10 se encuentran clasificados 554 diferentes tipos de cáncer, aunque en las bases de datos BDI y BDP solo se pueden encontrar a 481 tipos distintos en todos los años registrados.

Bases de datos de los incapacitados y pensionados por invalidez

I. **BDI:** La base de datos de los asegurados incapacitados por cáncer, se conforma de 190,731 registros de certificados de incapacidad temporal para el trabajo que corresponden a 35,667 asegurados. Las variables principales con la información de los CITT son las siguientes:

- Id_Persona
- CIE10: Acrónimo de la Clasificación internacional de enfermedades
- Edad
- Sexo
- Fecha de Inicio de la Incapacidad
- Fecha de término de la Incapacidad
- Nivel de atención
- Salario Diario
- Subsidio entregado
- Días autorizados
- Días subsidiados
- Días de Incapacidad acumulados

Para el análisis de la BDI, se agrupó la información por año de inicio de la incapacidad, teniendo entonces 11 años que abarca desde 2004 – 2014.

II. **BDP:** La base de datos de los pensionados de invalidez se conforma de 21,209 personas y las principales variables son:

- Año
- Id_persona
- Sexo
- Cod_CIE
- Edad
- Tipo de invalidez

De los 35,667 asegurados, solo 6,118 presentan un estado de invalidez, ya sea temporal o definitivo, en algunos casos no se especificó el tipo de invalidez.

Para el análisis de la información se relacionaron ambas bases de datos, BDI y BDP, a través de la variable Id_persona, con ello, se distinguió a los asegurados a quienes se les detectó un estado de invalidez y a quienes no, así como el tipo de invalidez presentado.

Capítulo VI. Resultados

Los resultados del análisis de la base de datos de incapacitados (BDI) y pensionados (BDP) se muestran en este capítulo, a partir de los cuales se establecieron: las características de los asegurados incapacitados por cáncer registrados (AICR) como género, edad y salario; en cada grupo de semanas de incapacidad indicado se calculó la frecuencia de AICR; en cada grupo de neoplasias malignas se estableció la frecuencia, tasa de incidencia y tasa de tendencia de los AICR; en cada estado de invalidez se estableció la frecuencia, tasa de ocurrencia y tasa de incidencia de los AICR de manera general y por grupo de neoplasias malignas.

El análisis efectuado permite conocer la frecuencia de incapacidades temporales para el trabajo desde 1 a 78 semanas y posteriores a ellas. Así como las características de los asegurados que son parte de dicha frecuencia.

6.1 Asegurados incapacitados por cáncer registrados

En la tabla 6.1 están todos los registros de los años 2004 a 2014 de los CITT, en ella se puede observar que los años 2004 y 2005 tienen muy pocos registros (11 y 387, respectivamente) comparados con la cantidad de registros que se tienen en 2006 (2,355) y hasta 2014, por tanto, esos años no se van a analizar, porque el resultado no sería representativo respecto de todos los asegurados que iniciaron su incapacidad en esos años. El total de asegurados de 2014 que se tienen tampoco corresponde a todos los asegurados que fueron incapacitados en ese año, debido a que la información se obtuvo en octubre de 2014, por lo tanto, es un año incompleto. Por estos motivos, los años 2004, 2005 y 2014 no se analizarán a lo largo del Capítulo VI de esta tesis. Además, es de señalarse que no todos los asegurados que iniciaron sus incapacidades en 2013 tienen las incapacidades acumuladas completas para octubre de 2014 y esto puede ser una de las razones de encontrar solo 1 asegurado incapacitado con más de 78 semanas de incapacidad acumulada.

Asimismo, en la tabla 6.1 se puede observar que el número de *asegurados incapacitados por cáncer registrados (AICR)* se duplicó desde 2006 hasta 2012, y aumentó hasta 214% en 2013 respecto de 2006. Otro dato importante, es que el número de *AICR hombres* fue mayor desde 2004 hasta 2011, para el año 2012 el

porcentaje entre *AICR hombres* y *AICR mujeres* se emparejo en 50% y 50%, pero los registros de *AICR mujeres* fueron mayores en 2012 y en 2013.

La gráfica 6.1 muestra la pirámide de población total de *AICR* desde 2004 hasta 2014, en ella se observa que conforme pasan los años, también aumenta el número de registros por cáncer, excepto en 2014, debido a que es un año que no está completo.

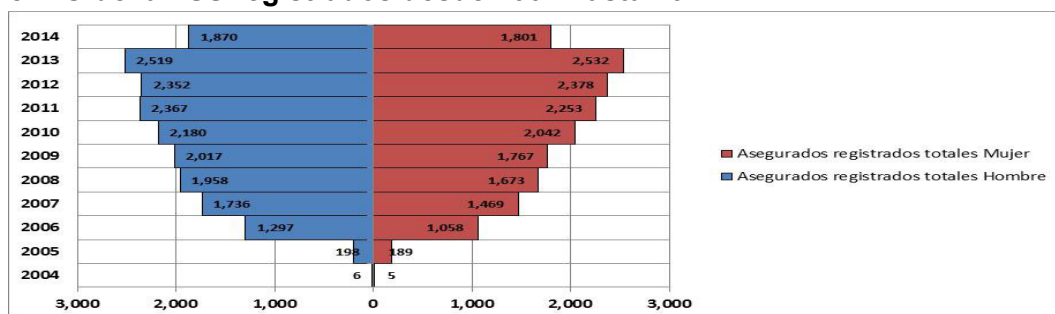
La tendencia al alza del número de *AICR* se puede observar en la gráfica 6.2, en donde es posible ver que los *AICR hombres* siempre tuvieron mayor número de registros que las *AICR mujeres*, también se aprecia el emparejamiento que tuvieron en 2012 y 2013. Para llegar a ese empate, en 2010 y 2011 la tendencia muestra un acotamiento entre ambos géneros.

Tabla 6. 1 Asegurados incapacitados por cáncer en el RO de la LSS registrados desde 2004 hasta 2014.

Casos de Asegurados incapacitados por cáncer registrados									
Año	Hombre		Mujer		Total	Semanas de incapacidad acumuladas			
						1 -78		79 - 143	
2004	6	55%	5	45%	11	3	27.3%	8	72.7%
2005	198	51%	189	49%	387	339	87.6%	48	12.4%
2006	1,297	55%	1,058	45%	2,355	2,315	98.3%	40	1.7%
2007	1,736	54%	1,469	46%	3,205	3,164	98.7%	41	1.3%
2008	1,958	54%	1,673	46%	3,631	3,586	98.8%	45	1.2%
2009	2,017	53%	1,767	47%	3,784	3,729	98.5%	55	1.5%
2010	2,180	52%	2,042	48%	4,222	4,192	99.3%	30	0.7%
2011	2,367	51%	2,253	49%	4,620	4,603	99.6%	17	0.4%
2012	2,352	50%	2,378	50%	4,730	4,723	99.9%	7	0.1%
2013	2,519	50%	2,532	50%	5,051	5,050	100.0%	1	0.0%
2014	1,870	51%	1,801	49%	3,671	3,671	100.0%	-	0.0%
Total	18,500	52%	17,167	48%	35,667	35,375		292	

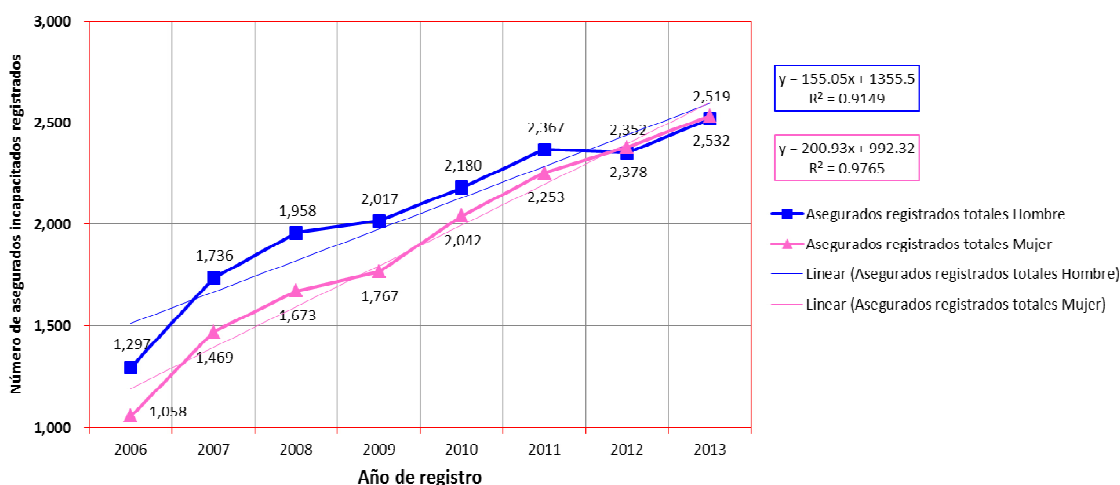
Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI.

Gráfica 6. 1 Pirámide de población total de asegurados incapacitados por cáncer en el RO de la LSS registrados desde 2004 hasta 2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI.

Gráfica 6. 2 Tendencia del registro del número de asegurados incapacitados por Cáncer, de hombres y de mujeres, de los años 2006 a 2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI.

Para poder entender la razón de que los *AICR hombres* sean más que las *AICR mujeres*, se revisó la memoria estadística 2014 del IMSS en donde se puede acceder a la información de los *asegurados trabajadores* divididos en hombres y mujeres desde 2004 hasta 2014 (de los *asegurados totales* no se tiene la información dividida en hombres y mujeres). Los *asegurados trabajadores* representan más del 70% de los *asegurados totales* (de acuerdo a la tabla 6.2), por tanto, son un número representativo de este grupo (*asegurados totales*).

En la tabla 6.2 se puede observar que los *asegurados trabajadores hombres* representan entre un 63% y un 65% respecto del *total de los asegurados trabajadores*. Esto quiere decir que los asegurados hombres son más que las aseguradas mujeres y, por ello, el número de los *AICR hombres* tiende a ser mayor que las *AICR mujeres*.

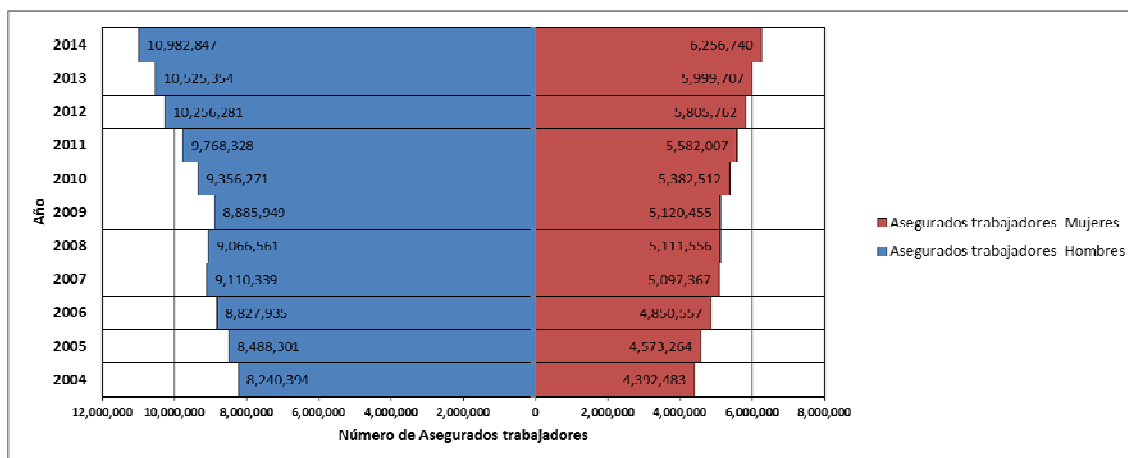
La gráfica 6.3 es una pirámide de la población de *asegurados trabajadores*, a partir de ella se puede observar el aumento del número de *asegurados trabajadores* en cada año que transcurre, excepto en 2009, año en el que disminuyeron los *asegurados trabajadores hombres* y hubo un aumento mínimo en el número de *aseguradas trabajadoras mujeres*.

Tabla 6. 2 Número de asegurados totales y número de asegurados trabajadores por año, desde 2004 a 2014.

Año	Asegurados trabajadores		Asegurados no trabajadores		Asegurados totales	Asegurados trabajadores					
	Hombres	%	Mujeres	%		Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
2004	8,240,394	65%	4,392,483	35%	12,632,877	100%					
2005	8,488,301	65%	4,573,264	35%	13,061,565	100%					
2006	8,827,935	65%	4,850,557	35%	13,678,492	100%					
2007	9,110,339	64%	5,097,367	36%	14,207,706	100%					
2008	9,066,561	64%	5,111,556	36%	14,178,117	100%					
2009	8,885,949	63%	5,120,455	37%	14,006,404	100%					
2010	9,356,271	63%	5,382,512	37%	14,738,783	100%					
2011	9,768,328	64%	5,582,007	36%	15,350,335	100%					
2012	10,256,281	64%	5,805,762	36%	16,062,043	100%					
2013	10,525,354	64%	5,999,707	36%	16,525,061	100%					
2014	10,982,847	64%	6,256,740	36%	17,239,587	100%					

Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la Memoria estadística 2014 (IMSS, 2014a). Recuperado el 15 de junio de 2015 de: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2014>

Gráfica 6. 3 Pirámide de los asegurados trabajadores pertenecientes al RO de la LSS de 2004 a 2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la Memoria estadística 2014 (IMSS, 2014a). Recuperado el 15 de junio de 2015 de: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2014>.

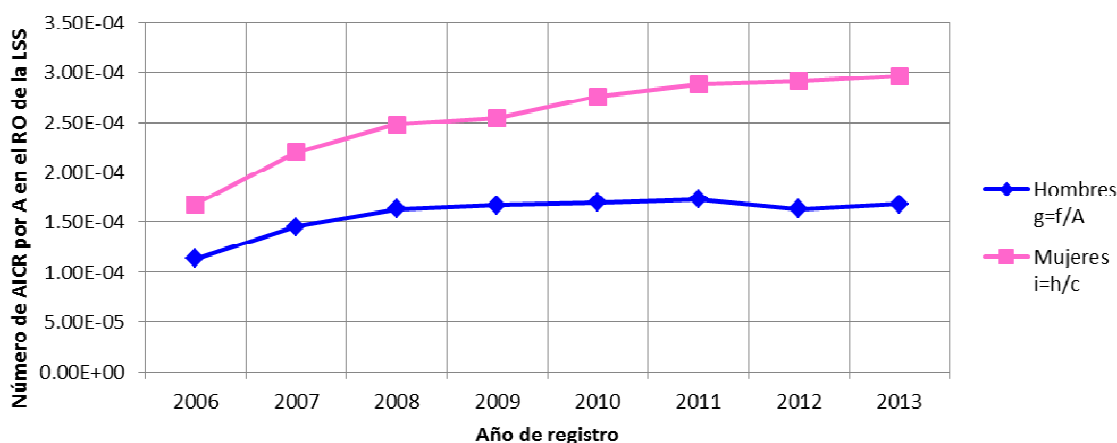
En la tabla 6.3 se calculó lo que representa una *mujer AICR* y un *hombre AICR* en relación a una mujer asegurada y a un hombre asegurado, respectivamente, a lo que resultó una cantidad mínima para cada género, pero los resultados correspondientes a las mujeres son mayores que los de los hombres, por lo tanto, **las mujeres tienden a presentar mayor número de casos con incapacidades por cáncer que los hombres (ver gráfica 6.4) al considerarse el número de asegurados totales.** Cabe aclarar que para el cálculo de hombres y mujeres *asegurados totales* se utilizó la proporción de los *asegurados trabajadores* como aproximación a la proporción real, posteriormente, ésta se multiplicó por el total de los *asegurados totales* y con ello se obtuvo el total de los *asegurados totales por género*.

Tabla 6. 3 Cálculo de los casos de AICR por cada asegurado en el RO de la LSS, por género.

Año	Asegurados totales					Casos con incapacidad registrados		Casos de AICR por cada asegurado en el RO de la LSS, por género.	
	a	b	c	d	e	f	h	g	i
	Hombres a= (b)(e)		Mujeres c= (d)(e)		Total	Hombres	Mujeres	Hombres g=f/A	Mujeres i=h/c
2006	11,446,949	65%	6,289,589	35%	17,736,538	1,297	1,058	1.13E-04	1.68E-04
2007	11,930,277	64%	6,675,164	36%	18,605,441	1,736	1,469	1.46E-04	2.20E-04
2008	11,990,374	64%	6,759,947	36%	18,750,321	1,958	1,673	1.63E-04	2.47E-04
2009	12,070,723	63%	6,955,655	37%	19,026,378	2,017	1,767	1.67E-04	2.54E-04
2010	12,863,392	63%	7,400,103	37%	20,263,495	2,180	2,042	1.69E-04	2.76E-04
2011	13,682,123	64%	7,818,504	36%	21,500,627	2,367	2,253	1.73E-04	2.88E-04
2012	14,420,183	64%	8,162,817	36%	22,583,000	2,352	2,378	1.63E-04	2.91E-04
2013	14,995,751	64%	8,547,941	36%	23,543,692	2,519	2,532	1.68E-04	2.96E-04

Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI.

Gráfica 6. 4 Casos de AICR, por cada asegurado en el RO de la LSS, por género.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI.

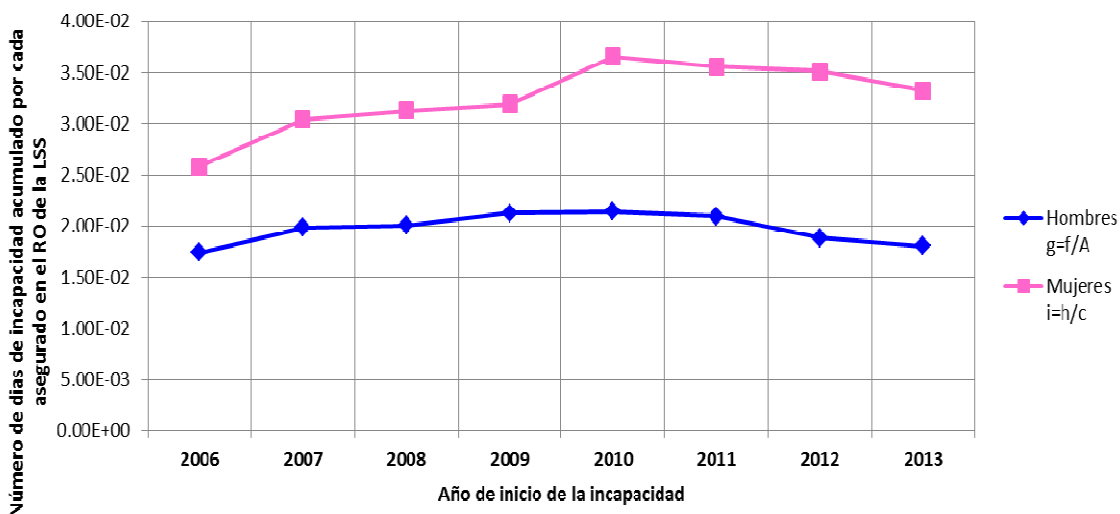
En la tabla 6.4 se hizo el cálculo de los días de incapacidad acumulados por cada asegurado en el RO de la LSS, por género, el cual es muy parecido al que se hizo en la tabla 6.3, solo se cambió la variable AICR por la variable *Días de incapacidad acumulados*, en donde resultó que **se otorgan más días de incapacidad a cada asegurada mujer que a cada hombre**, si se consideran los asegurados totales divididos por género, este resultado se puede observar en la gráfica 6.5.

Tabla 6. 4 Cálculo de los días de incapacidad acumulados por cada asegurado en el RO de la LSS, por género.

Año	Asegurados totales					Días de incapacidad acumulados		Días de incapacidad acumulados por cada asegurado en el RO de la LSS, por género.	
	a	b	c	d	e	f	h	g	i
	Hombres a= (b)(e)		Mujeres c= (d)(e)		Total	Hombres	Mujeres	Hombres g=f/A	Mujeres i=h/c
2006	11,446,949	65%	6,289,589	35%	17,736,538	199,382	162,396	1.74E-02	2.58E-02
2007	11,930,277	64%	6,675,164	36%	18,605,441	236,574	203,247	1.98E-02	3.04E-02
2008	11,990,374	64%	6,759,947	36%	18,750,321	240,181	211,246	2.00E-02	3.12E-02
2009	12,070,723	63%	6,955,655	37%	19,026,378	256,649	221,795	2.13E-02	3.19E-02
2010	12,863,392	63%	7,400,103	37%	20,263,495	275,612	270,469	2.14E-02	3.65E-02
2011	13,682,123	64%	7,818,504	36%	21,500,627	286,502	277,893	2.09E-02	3.55E-02
2012	14,420,183	64%	8,162,817	36%	22,583,000	271,488	286,724	1.88E-02	3.51E-02
2013	14,995,751	64%	8,547,941	36%	23,543,692	270,630	284,183	1.80E-02	3.32E-02

Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI.

Gráfica 6. 5 Días de incapacidad acumulados por cada mujer y hombre asegurados en el RO de la LSS.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI.

6.2 Semanas de incapacidad acumuladas

- **Estadística descriptiva.**

En la tabla 6.5 se tienen acomodados los casos de *AICR* que se suscitaron de los años 2006 – 2013 en 11 grupos de semanas de incapacidad, los cuales abarcan desde la semana 1 hasta la semana 143. De acuerdo a la LSS las semanas máximas en las que un asegurado puede estar incapacitado son 104 semanas.

El Resumen mostrado en la Tabla 6.5 permite conocer que al 99.21% de los hombres *AICR* a lo largo de los ocho años analizados y al 99.29% de las mujeres *AICR* les otorgan de 1 a 78 semanas de incapacidad, por tanto, solo un 0.79% del total de los hombres y un 0.71% del total de las mujeres tienen acumuladas más de 78 semanas de incapacidad.

En total fueron 236 asegurados que tuvieron incapacidades mayores a 78 semanas. De los cuales 126 iniciaron sus incapacidades desde 2006 hasta 2008, cifra que corresponde al 53.39% de los asegurados con más de 78 semanas de incapacidad. Posteriormente, en 2009 hubo 55 asegurados y a partir de ese momento la cifra fue disminuyendo considerablemente. Es importante recordar que el control de incapacidades temporales por medio de los COCOITT se inició a finales de 2008 con ampliación del ámbito de su competencia en 2012, por tanto, el control que ejercen sobre las semanas de incapacidad otorgadas puede ser una de las posibles causas de la disminución de asegurados en los grupos 7 al 11 de los años 2010 a 2013.

Tabla 6. 5 Distribución de frecuencia de los *AICR*, organizados en grupos de semanas de incapacidad, se abarcan los años de 2006 a 2013, por género.

Año	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4		Grupo 5		Grupo 6	
	1 - 13 semanas		14 - 26 semanas		27 - 39 semanas		40 - 52 semanas		53 - 65 semanas		66 - 78 semanas	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
2006	563	493	289	187	197	154	137	131	53	52	31	28
2007	868	748	360	255	251	221	136	137	65	60	34	29
2008	1,111	968	358	259	213	179	143	117	73	93	39	33
2009	1,133	1,025	335	232	240	221	154	152	75	81	44	37
2010	1,200	1,115	382	314	266	259	169	191	107	96	44	49
2011	1,339	1,294	410	353	283	243	199	185	95	125	33	44
2012	1,328	1,325	431	409	292	309	195	202	78	100	25	29
2013	1,467	1,471	500	417	291	352	184	205	58	76	19	10
(1) Total por grupo	9,009	8,439	3,065	2,426	2,033	1,938	1,317	1,320	604	683	269	259
= (1) / Total <i>AICR</i>	54.8%	55.6%	18.7%	16.0%	12.4%	12.8%	8.0%	8.7%	3.7%	4.5%	1.6%	1.7%

Continúa tabla 6.5

Año	Grupo 7		Grupo 8		Grupo 9		Grupo 10		Grupo 11	
	79 - 91 semanas		92 - 104 semanas		105 - 117 semanas		118 - 130 semanas		131 - 143 semanas	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
2006	22	11	3	1	1	1	1	-	-	-
2007	14	9	5	4	2	4	1	-	-	2
2008	15	15	6	4	-	3	-	2	-	-
2009	25	16	9	3	1	-	-	-	1	-
2010	10	13	1	5	1	-	-	-	-	-
2011	8	8	-	1	-	-	-	-	-	-
2012	3	4	-	-	-	-	-	-	-	-
2013	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
(1) Total por grupo	97	77	24	18	5	8	2	2	1	2
= (1) / Total AICR	0.6%	0.5%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

Resumen

Año	Grupo A		Grupo B		Grupo C	
	1-78 semanas		79 - 104 semanas		105 - 143 semanas	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
2006	1,270	1,045	25	12	2	1
2007	1,714	1,450	19	13	3	6
2008	1,937	1,649	21	19	-	5
2009	1,981	1,748	34	19	2	-
2010	2,168	2,024	11	18	1	-
2011	2,359	2,244	8	9	-	-
2012	2,349	2,374	3	4	-	-
2013	2,519	2,531	-	1	-	-
(2) Total por grupo	16,297	15,065	121	95	8	12

= (2) / Total AICR 99.21% 99.29% 0.74% 0.63% 0.05% 0.08%

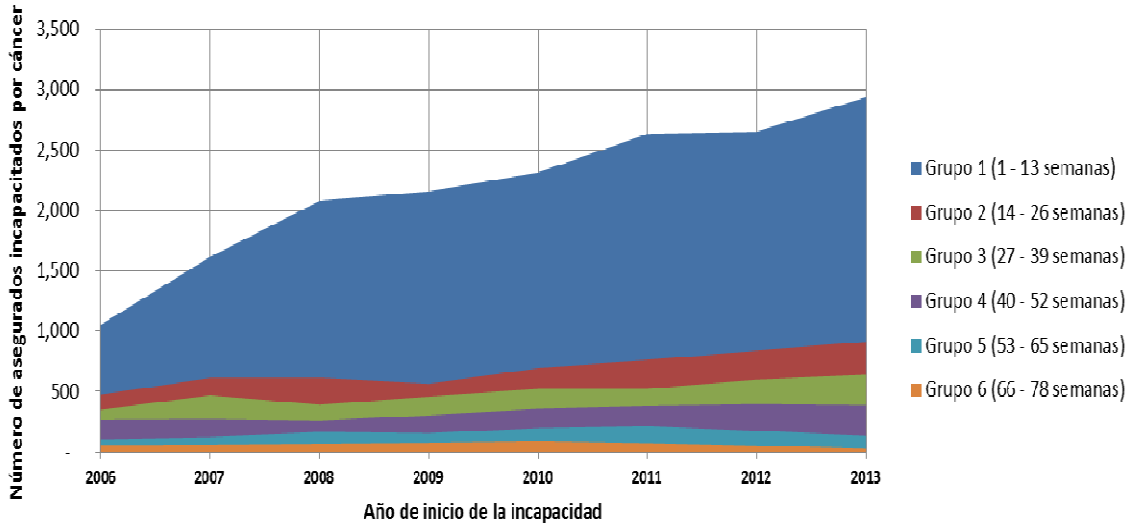
Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI.

En la gráfica 6.6 se puede observar que la mayoría de los AICR se distribuyen a lo largo del grupo 1 (son más del 55% del total de los AICR), además de que en cada año aumenta el número de AICR en este grupo. Los grupos 2, 3 y 4 tienen una distribución más acotada, pero continúan con una tendencia al alza de AICR en cada año que transcurre. Para finalizar, los grupos 5 y 6 se vuelven más angostos debido a que representan un número reducido de AICR, ambos grupos muestran una tendencia a la baja en los últimos dos años.

A pesar de que cada grupo tiene características propias, todos muestran una distribución casi uniforme a lo largo de los ocho años analizados, empero los grupos 7 al 11 encontrados en la gráfica 6.7 muestran una incidencia desigual conforme transcurren los años, por lo tanto, con los datos que arrojan estos grupos no es posible predecir el comportamiento de la incidencia de los

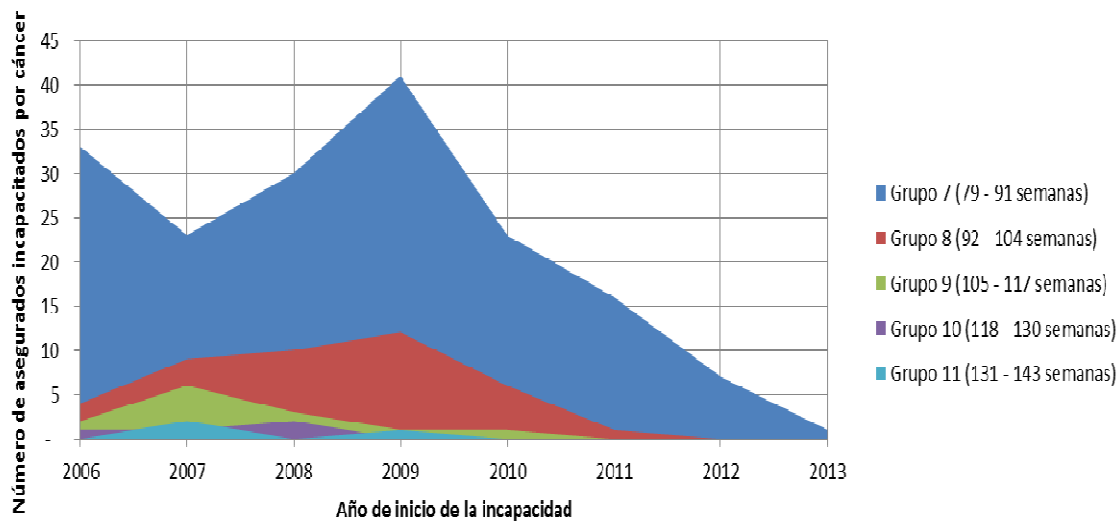
Asegurados que se vayan a incapacitar temporalmente para el trabajo por padecer cáncer en años posteriores a los registrados.

Gráfica 6. 6 Distribución de frecuencia de los AICR organizados en grupo de semanas de incapacidad acumuladas, de 1 a 78 semanas.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI.

Gráfica 6. 7 Distribución de frecuencia de los AICR organizados en grupo de semanas de incapacidad acumuladas mayores a 78 semanas.

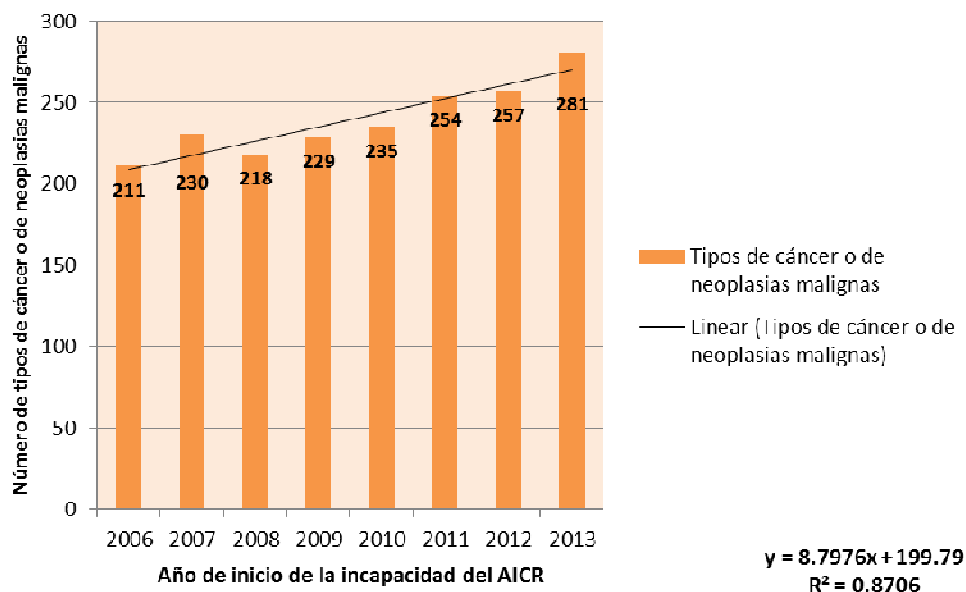


Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI.

6.3. Grupos de neoplasias malignas que padecieron los AICR

El número de las neoplasias malignas que padecieron los AICR a lo largo de los años 2006 – 2013 se presentan en la gráfica 6.8. En ella es posible observar que los AICR padecieron 211 tipos de cáncer distintos en 2006, este número continuó con una tendencia a la alza hasta 2013, año en el que se encontraron 281 tipos de neoplasias malignas en los datos analizados. El cálculo matemático para demostrar esa tendencia a la alza es mediante la ecuación de la línea de recta precedida por la función $y = mx + a$. Si m (que es la pendiente de la recta) es positiva la tendencia es a la alza y si m es negativa la tendencia es a la baja, en este caso m es positiva y es igual a 8.7976.

Gráfica 6. 8 Número de los diferentes tipos de cáncer o de neoplasias malignas encontradas en la BDI, por año de inicio de la incapacidad (2006 – 2013).



Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI.

Debido al número tan alto de las diferentes neoplasias malignas padecidas en cada año por los AICR, para su análisis se organizaron en los grupos de diagnóstico clasificados en la CIE 10, en total son 15 y son los siguientes:

- C00-C14 Las neoplasias malignas de labio, cavidad oral y faringe.
- C15-C26 Los tumores malignos de los órganos digestivos.
- C30-C39 Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos.
- C40-C41 Tumores malignos de los huesos y el cartílago articular.
- C43-C44 Melanoma y otros tumores malignos de la piel.

- C45-C49 Tumores malignos de mesotelial y tejidos blandos.
- C50-C50 Tumor maligno de la mama.
- C51-C58 Las neoplasias malignas de los órganos genitales femeninos.
- C60-C63 Las neoplasias malignas de los órganos genitales masculinos.
- C64-C68 Las neoplasias malignas del tracto urinario.
- C69-C72 Tumores malignos de los ojos, el cerebro y otras partes del sistema nervioso central.
- C73-C75 Tumores malignos de la tiroides y otras glándulas endocrinas.
- C76-C80 TM de sitios mal definidos, secundarios y no especificadas.
- C81-C96 Las neoplasias malignas, declaradas o presuntas de ser primaria, de linfoide, hematopoyético y tejidos afines.
- C97-C97 TM de independiente (primarios) de sitios múltiples.

Una vez organizados los AICR en grupos de neoplasias malignas de acuerdo al tipo de cáncer que padecieron, se pudo obtener su frecuencia (n), la tasa de incidencia y la tasa de tendencia de los mismos a través de los años 2006 a 2013 y se construyó la tabla 6.6 con esos datos.

El cálculo realizado para obtener la tasa de tendencia del número de AICR a través de los años 2006 a 2013 se hizo a partir de la frecuencia presentada en cada año de cada grupo de diagnóstico de neoplasias malignas (n) y se dividió entre la frecuencia del año 2006, que es el primer año a partir del cual se puede medir el cambio de los casos presentados en cada grupo de diagnóstico. La fórmula es la siguiente:

$$\text{tasa de tendencia} = \frac{n}{n \text{ de } (2006)}$$

La tasa de incidencia se calculó considerando la frecuencia presentada en cada año de cada grupo de neoplasias malignas (n) dividida entre el total de AICR por cada año (a). La fórmula es la siguiente:

$$\text{Tasa de incidencia} = \frac{n}{a}$$

Se analizó la información de acuerdo a la población total de AICR desde 2006 hasta 2013 y también se analizó en solo una *parte de la población de los AICR*, comprendida por los AICR a los que les otorgaron incapacidades por más de 78 semanas (**Población > 78**).

Estadística descriptiva: frecuencia

a. Población total de AICR

La frecuencia de los AICR en cada grupo de neoplasias malignas se ha ido incrementando a través de los años 2006 a 2013. En 2006 eran 2,355 AICR y en 2013 llegaron a ser 5,051 AICR, un incremento de un 214% respecto del primer año. El incremento más grande se dio de 2006 a 2007 con un 36% respecto del total, y le siguieron de 2007 a 2008 y de 2009 a 2010 con un 18%.

En la gráfica 6.9 se encuentra dicha frecuencia, se compone de 9 gráficas de barras que muestran la frecuencia de los AICR hombres y mujeres en cada grupo de diagnóstico de neoplasia maligna en cada año desde 2006 hasta 2013 y en todos los años en conjunto.

Los tres grupos de neoplasias malignas que presentan mayor frecuencia son el C50 – C50, el C15 – C26 y el C81 – C96, el orden de mención corresponde al orden de frecuencia de más alta hacia abajo. El primero se compone casi en su totalidad de mujeres y los dos últimos tienen como mayoría a hombres AICR.

Además, se puede observar que aunque ha cambiado considerablemente la frecuencia de los AICR en cada grupo de neoplasias malignas de manera transitoria, no la ha hecho la tasa de incidencia, porque en todos los años parece no haber cambios en los tamaños de las barras, solo hay diferencia en la escala de frecuencia de cada una.

Otro aspecto que se puede distinguir es con respecto al género de cada grupo de neoplasias malignas. En relación a las mujeres, ellas tienen una frecuencia muy alta en los grupos de cáncer C50 – C50 en donde se agruparon las neoplasias malignas de la mama y en el C51 – C58 donde están las neoplasias malignas de los órganos sexuales femeninos. Le siguen en número los grupos C15 – C26, C81 – C96 y C73 – C75, que corresponden a los tumores malignos de los órganos digestivos, de las neoplasias malignas de linfoides, hematopoyético y tejidos afines (primarias), y los tumores malignos de la tiroides y glándulas endocrinas, respectivamente. Únicamente en estos cinco grupos se acumulan 84.72% del total de mujeres (12,854 mujeres de las 15,172 mujeres que son en todos los grupos). Además, en el grupo C60 – C63 no hay mujeres que lo padezcan debido a que en él se encuentran los órganos sexuales masculinos, por lo tanto, de los 15 grupos que son en total en los 9 grupos restantes están el 15.28% del total de las mujeres.

Los hombres encabezan en número 12 grupos de los 15 grupos totales, excepto el C50 – C50, C51 – C58 y C73 – C75, en donde destaca el número de mujeres. Los AICR hombres tienen una frecuencia muy alta en los grupos C15 – C26, C81 – C96 y C60 – C63 (Neoplasias malignas de los órganos sexuales masculinos), así como una frecuencia media en el grupo C30 – C39 (Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos), C64 – C68 (Las neoplasias malignas del tracto urinario), C69 – C72 (Tumores malignos de los ojos, el cerebro y otras partes del sistema nervioso central) y C76 – C78 (Los tumores malignos de sitios mal definidos, secundarios y no especificados). En estos 7 grupos se concentran 13,868 hombres que corresponde al 84.43% del total de los AICR hombres (16,426), también hay que considerar que en el grupo C50 – C50 hay solo 1.23% de los hombres debido a que es el cáncer de mama y se presenta casi exclusivamente en mujeres, y en el C51 – C58 hay 0% porque son neoplasias malignas de los órganos sexuales femeninos. Por lo tanto, en 9 grupos de neoplasias malignas está el 85.66% del total de los hombres y en solamente 6 grupos se encuentra el 14.34% de los AICR hombres totales.

b. Población > 78 de AICR

La frecuencia de la Población > 78 si ha cambiado a través de los años, puesto que desde 2006 a 2009 aumentó de 40 a 55 asegurados, pero luego descendió casi totalmente hasta llegar a 1 en 2013, esto se indica en la tabla 6.6.

En la gráfica 6.10 se puede observar esta frecuencia en cada año de análisis y en todos los años en conjunto, por género. A diferencia de la población total, en cada año si se percibe que hubo cambios, sin uniformidad, en el número de AICR. De hecho no en todos los años había asegurados en todos los grupos de neoplasias malignas, sino que hubo variaciones.

Los grupos de neoplasias malignas en donde hay más AICR con incapacidades acumuladas > 78 semanas son: el C15 – 26, C81 – C96 y C50 – C50. Como se recordara también son los tres grupos con mayor frecuencia de AICR como población total, pero con un orden distinto porque el C50 – C50 tuvo más casos de AICR con incapacidad acumulada que los demás grupos.

En relación a las 107 AICR mujeres de la población > 78, los grupos C60 – C63, C45 – C49 y el grupo C76 – C80 no tiene casos de mujeres; en los grupos C00 – C14, C64 – 68 y C97 – C97, presentan solo 1 caso de una mujer en cada uno; en los grupos C40 – C41 y C73 – C75 solo hay 2 casos de mujeres en cada uno; y en los grupos C30 – C39 y C43 – C44 se presentaron 3 casos de mujeres en cada uno. Por lo tanto, en 10 grupos de los 15 que son en total hubo un

12.15% de mujeres y en los 5 restantes se dieron el 87.85% de todos los casos, con respecto al porcentaje total de las mujeres.

Los grupos donde no hay padecimiento de los AICR hombres son el C51 – C58 y el C97 – C97, y en los grupos donde solo se presentó uno, dos, tres y cuatro casos son C50 – C50, C76 – C80, C00 –C14 y C73 –C75; C43 – C44; y C45 – C49, respectivamente. Debido a lo anterior se conoce que en 8 grupos de neoplasias malignas se presentaron 17 casos de los 129 que fueron en total, esto corresponde a un 13.18% de todos los casos de hombres, por tanto en los 7 grupos restantes se presentaron el 86.82% de los AICR hombres.

Tabla 6. 6. Población > 78 de AICR. Frecuencia, tasa de incidencia y de tendencia de los AICR, por grupos de neoplasias malignas, desde 2006 hasta 2013.

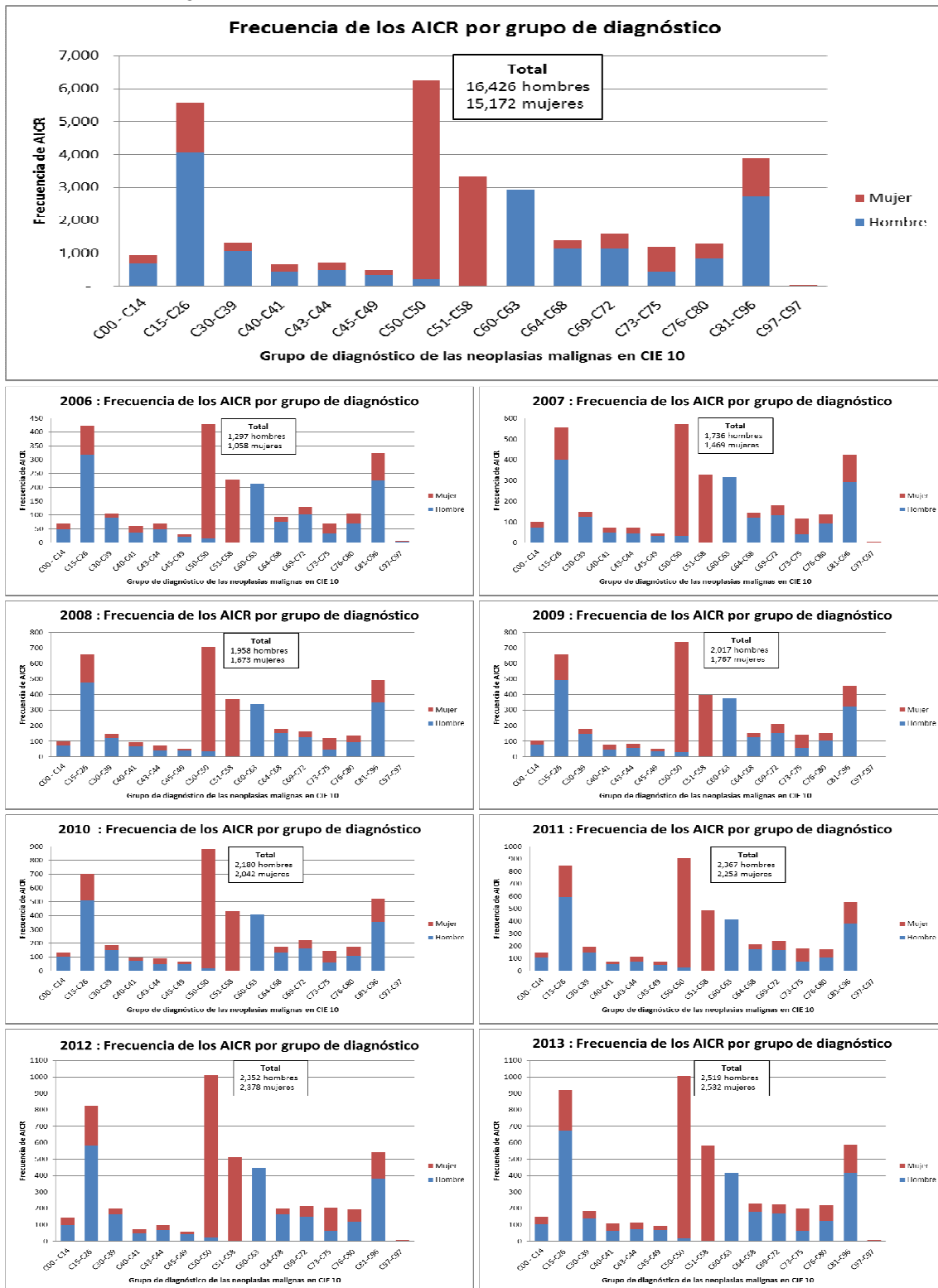
Población de AICR con incapacidades acumuladas mayores a 78 semanas

Año	C00 - C14			C15-C26			C30-C39			C40-C41			C43-C44			C45-C49			C50-C50			C51-C58		
	f	t	i	f	t	i	f	t	i	f	t	i	f	t	i	f	t	i	f	t	i	f	t	i
2006		0%	0%	9	100%	23%	1	100%	3%	4	100%	10%	2	100%	5%	1	100%	3%	5	100%	13%	1	100%	3%
2007		0%	0%	6	67%	15%	1	100%	2%	3	75%	7%		0%	0%		0%	0%	5	100%	12%	4	400%	10%
2008	1	100%	2%	7	78%	16%		0%	0%	1	25%	2%	2	100%	4%	2	200%	4%	9	180%	20%	5	500%	11%
2009	1	100%	2%	12	133%	22%	2	200%	4%	6	150%	11%	3	150%	5%	1	100%	2%	9	180%	16%	4	400%	7%
2010	1	100%	3%	6	67%	20%	4	400%	13%		0%	0%		0%	0%		0%	0%	5	100%	17%		0%	0%
2011		0%	0%	5	56%	29%	2	200%	12%	1	25%	6%		0%	0%		0%	0%	5	100%	29%	1	100%	6%
2012	1	100%	14%	2	22%	29%		0%	0%		0%	0%		0%	0%		0%	0%	1	20%	14%	1	100%	14%
2013		0%	0%		0%	0%		0%	0%		0%	0%		0%	0%		0%	0%	1	20%	100%		0%	0%
Total	4	2%	0%	47	20%	23%	10	4%	13%	15	6%	10%	7	3%	5%	4	2%	4%	40	17%	13%	16	7%	3%

Año	C60-C63			C64-C68			C69-C72			C73-C75			C76-C80			C81-C96			C97-C97			Total por año		
	f	t	i	f	t	i	f	t	i	f	t	i	f	t	i	f	t	i	f	t	i	f	t	i
2006	4	100%	10%	1	100%	3%	-	0%	0%	1	100%	3%	-	0%	0%	11	100%	28%	-	0%	0%	40	100%	100%
2007	2	50%	5%	3	300%	7%	6	100%	15%	2	200%	5%		0%	0%	9	82%	22%		0%	0%	41	103%	100%
2008	3	75%	7%	1	100%	2%	6	100%	13%	1	100%	2%		0%	0%	6	55%	13%	1	0%	2%	45	113%	100%
2009	1	25%	2%	2	200%	4%	3	50%	5%		0%	0%		0%	0%	11	100%	20%		0%	0%	55	138%	100%
2010	2	50%	7%		0%	0%	4	67%	13%		0%	0%	2	100%	7%	6	55%	20%		0%	0%	30	75%	100%
2011		0%	0%	1	100%	6%		0%	0%		0%	0%		0%	0%	2	18%	12%		0%	0%	17	43%	100%
2012	1	25%	14%		0%	0%		0%	0%	1	100%	14%		0%	0%		0%	0%		0%	0%	7	18%	100%
2013		0%	0%		0%	0%		0%	0%		0%	0%		0%	0%		0%	0%		0%	0%	1	3%	100%
Total	13	6%	6%	8	3%	13%	19	8%	13%	5	2%	10%	2	1%	4%	45	19%	13%	1	0%	0%	236	100%	100%

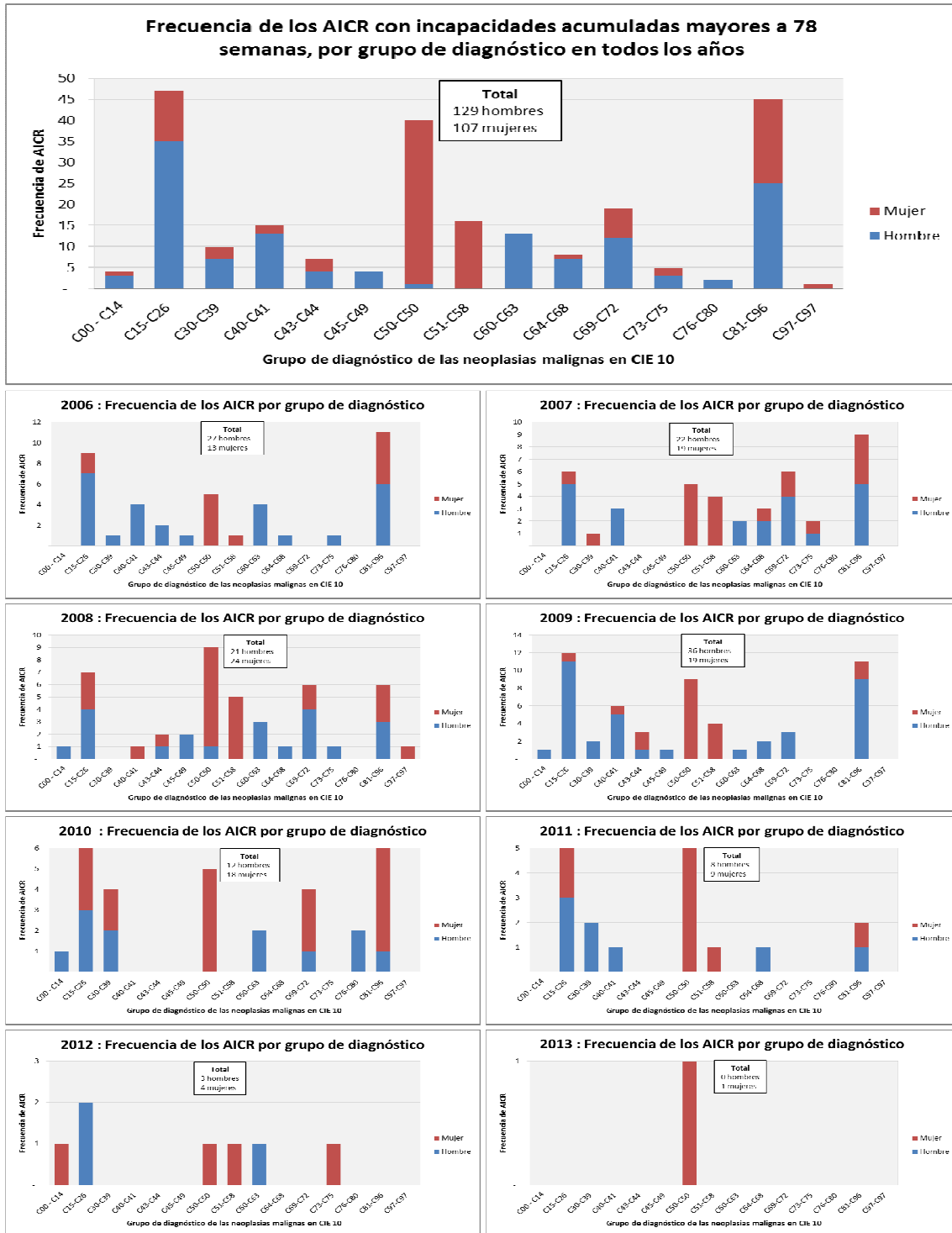
Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI.

Gráfica 6. 9 Frecuencia de los AICR hombres y mujeres en cada grupo de diagnóstico de neoplasias malignas por cada año desde 2006 hasta 2013 y en todos los años en conjunto.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI.

Gráfica 6. 10 Frecuencia de los AICR hombres y mujeres con incapacidades acumuladas mayores a 78 semanas, en cada grupo de diagnóstico de neoplasias malignas por cada año desde 2006 hasta 2013 y en todos los años en conjunto.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI.

Tasa de incidencia

Población total de AICR

En la gráfica 6.11 se presenta la tasa de incidencia de los AICR hombres y las AICR mujeres en cada uno de los grupos de diagnóstico de neoplasias malignas respecto del total de los AICR. La distinción más importante que se hace es que existe mucha diferencia entre la proporción de cada uno de los tipos de cáncer en cada año de análisis. Se puede observar que hay grupos de neoplasias malignas con una alta incidencia, otros con incidencia media y otros con baja incidencia. Por ello, los 15 grupos se dividieron en tres conjuntos de incidencia (alta, mediana y baja) con 5 grupos cada uno, a continuación se presentan los tres conjuntos:

Incidencia alta:	Total: 69.62%		Incidencia media:	Total: 21.45%		Incidencia baja:	Total: 8.92%	
	h	m		h	m		h	m
C50 – C50	0.64%	19.12%	C69 – C72	3.67%	1.35%	C00 – C14	2.15%	0.82%
C15 – C26	12.81%	4.86%	C64 – C68	3.57%	0.81%	C43 – C44	1.46%	0.80%
C81 – C96	8.59%	3.75%	C30 – C39	3.41%	0.83%	C40 – C41	1.37%	0.73%
C51 – C58	0%	10.59%	C76 – C80	2.57%	1.51%	C45 – C49	1.06%	0%
C60 – C63	9.26%	0%	C73 – C75	1.35%	2.36%	C97 – C97	0%	0.04%
Total	31.30%	38.32%	Total	14.58%	6.87%	Total	6.10%	2.83%

En cada conjunto se señaló la tasa de incidencia correspondiente a hombres y a mujeres, a partir de ella se obtuvo que del total de los AICR que forman el conjunto con incidencia media y el conjunto con incidencia baja solamente una tercera parte corresponde a mujeres y las otras dos partes se compone de hombres.

Incidencia media: $21.45\% / 3 = 7.15\%$. En este conjunto las mujeres obtuvieron solo un 6.87%.

Incidencia baja: $8.93\% / 3 = 2.98\%$. En este conjunto las mujeres obtuvieron solo un 2.83%.

En relación a lo anterior, *las AICR mujeres padecen en menor proporción que los AICR hombres los tipos de cáncer que conforman los grupos de neoplasias malignas del conjunto de incidencia media y de incidencia baja*. Cabe aclarar, que no necesariamente tiene que ser una regla en todos los tipos de cáncer que conforman esos grupos de neoplasias malignas.

Población de AICR con incapacidades acumuladas mayores a 78 semanas

Las tasas de incidencia de la población de AICR > 78 se pueden distinguir en la gráfica 6.12, que al compararse con la gráfica 6.11 de la población total de AICR se observa un comportamiento muy parecido entre ambas.

Dicho comportamiento se puede observar en la gráfica 6.13, donde las líneas del polígono de frecuencias relativas en porcentaje muestran a los mismos grupos de neoplasias malignas con tasa de incidencia alta, con incidencia media y con incidencia baja.

A continuación se señala las tasas de incidencia de la población > 78 considerando los mismos conjuntos de incidencia de la población total:

Incidencia alta:	Total: 68.21%		Incidencia media:	Total: 18.65%		Incidencia baja:	Total: 13.12%	
	h	m		h	m		h	m
C50 – C50	0.42%	16.53%	C69 – C72	5.08%	2.97%	C00 – C14	1.27%	0.42%
C15 – C26	14.83%	5.08%	C64 – C68	2.97%	0.42%	C43 – C44	1.69%	1.27%
C81 – C96	10.59%	8.47%	C30 – C39	2.97%	1.27%	C40 – C41	5.51%	0.85%
C51 – C58	0%	6.78%	C76 – C80	0.85%	0%	C45 – C49	1.69%	0%
C60 – C63	5.51%	0%	C73 – C75	1.27%	0.85%	C97 – C97	0%	0.42%
Total	31.35%	36.86%	Total	13.14%	5.51%	Total	10.16%	2.96%

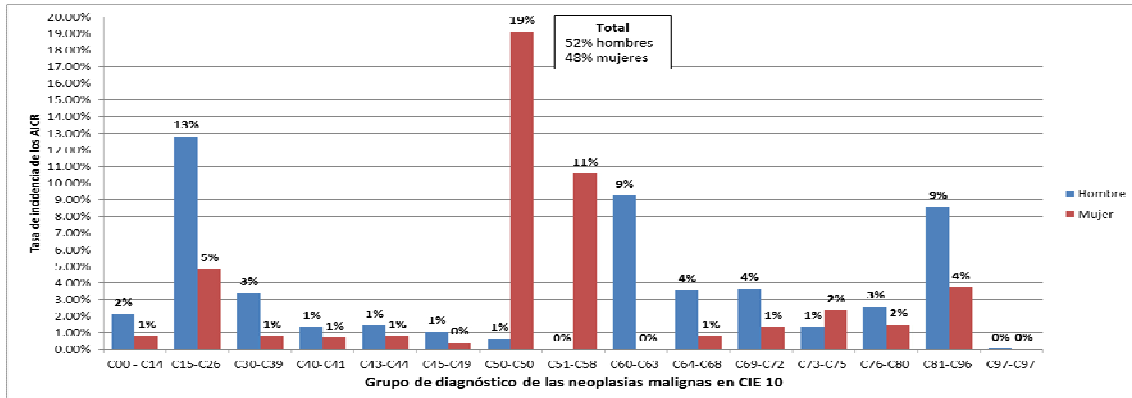
El conjunto de incidencia media se compone en menos de una tercera parte de mujeres y el conjunto de incidencia baja tiene solo una cuarta parte de mujeres, siendo el resto hombres AICR.

Incidencia media: $18.65\% / 3 = 6.22\%$. En este conjunto las mujeres obtuvieron solo un 5.51%.

Incidencia baja: $13.12\% / 4 = 3.28\%$. En este conjunto las mujeres obtuvieron solo un 2.96%.

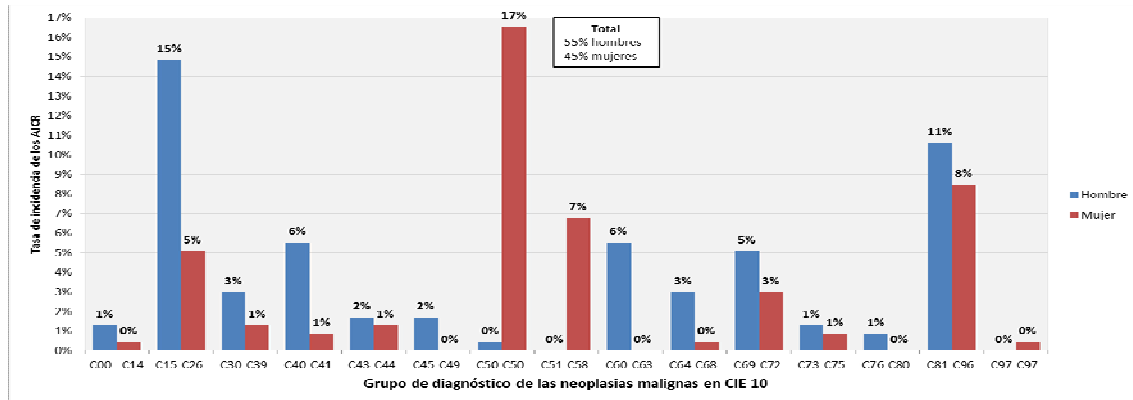
Para el caso de la población > 78 también se cumple el enunciado presentado en la población total: *las AICR mujeres con más de 78 semanas de incapacidad padecen en menor proporción que los AICR hombres, los tipos de cáncer que conforman los grupos de neoplasias malignas del conjunto de incidencia media y de incidencia baja.*

Gráfica 6. 11 Tasa de incidencia de la población total de AICR, por género y en cada grupo de neoplasias maligna, respecto de todos los años en conjunto.



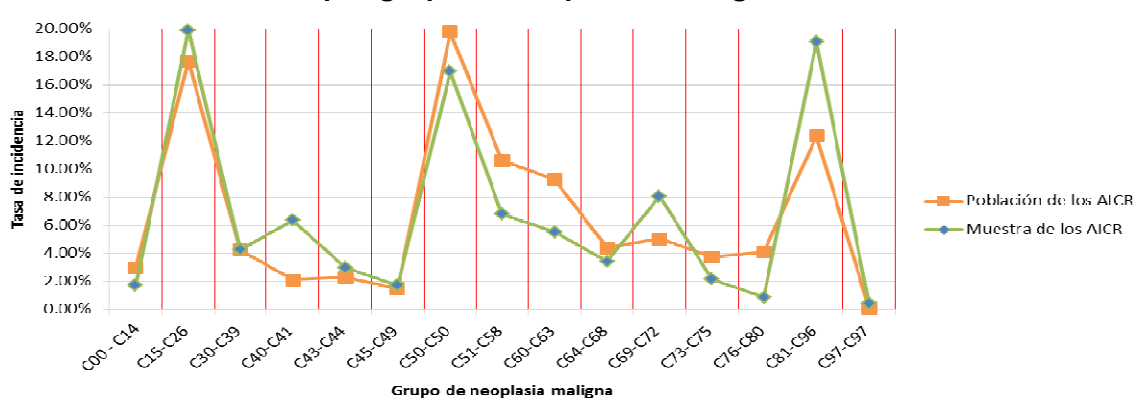
Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI.

Gráfica 6. 12 Tasa de incidencia de la población >78 de AICR, por género y en cada grupo de neoplasias maligna, respecto de todos los años en conjunto.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI.

Gráfica 6. 13 Comparación de las tasas de incidencia de la población y de la población >78 de AICR, por grupo de neoplasias malignas.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI.

Tasa de tendencia

a. Población total de AICR

La gráfica 6.14 se compone de 15 gráficas que muestran la tendencia de los 15 grupos de diagnóstico de las neoplasias malignas a través de los años 2006 a 2013 y de una gráfica en la que se tiene la tendencia generalizada de todos los grupos de neoplasias malignas desde 2006 hasta 2013. En cada gráfica se presenta la frecuencia de los AICR en cada año analizado a través de una gráfica de barras; además se cuenta con la tasa de tendencia de cada uno de los años y la línea de tendencia calculada con la ecuación de la recta $y = mx + a$, ambos resultados se muestran en una gráfica de polígonos de frecuencias relativas; adicionalmente se permite distinguir la tasa de incidencia promedio (i) de cada grupo de neoplasia maligna en la parte superior derecha de cada gráfica.

En la gráfica donde se encuentra la tendencia generalizada de todos los grupos de neoplasias malignas se observa que desde 2006 hasta 2013 el número de AICR aumentó desde un 100% hasta un 214%, en ningún año disminuyó la tendencia, sino que siempre se obtuvo un aumento de AICR de un año a otro.

En todos los grupos de neoplasias malignas se observa una tendencia a la alza, sin embargo, cada uno posee una tasa distinta. El grupo que más aumentó su tasa de tendencia es el C45 – C49 de 100% hasta 343%, por tanto, también posee el valor de m como el más alto, esto indica una pendiente bastante pronunciada hacia arriba, pero menor a 45° . Este grupo presenta una incidencia promedio de 1%, por tanto, es un grupo con poca frecuencia de casos.

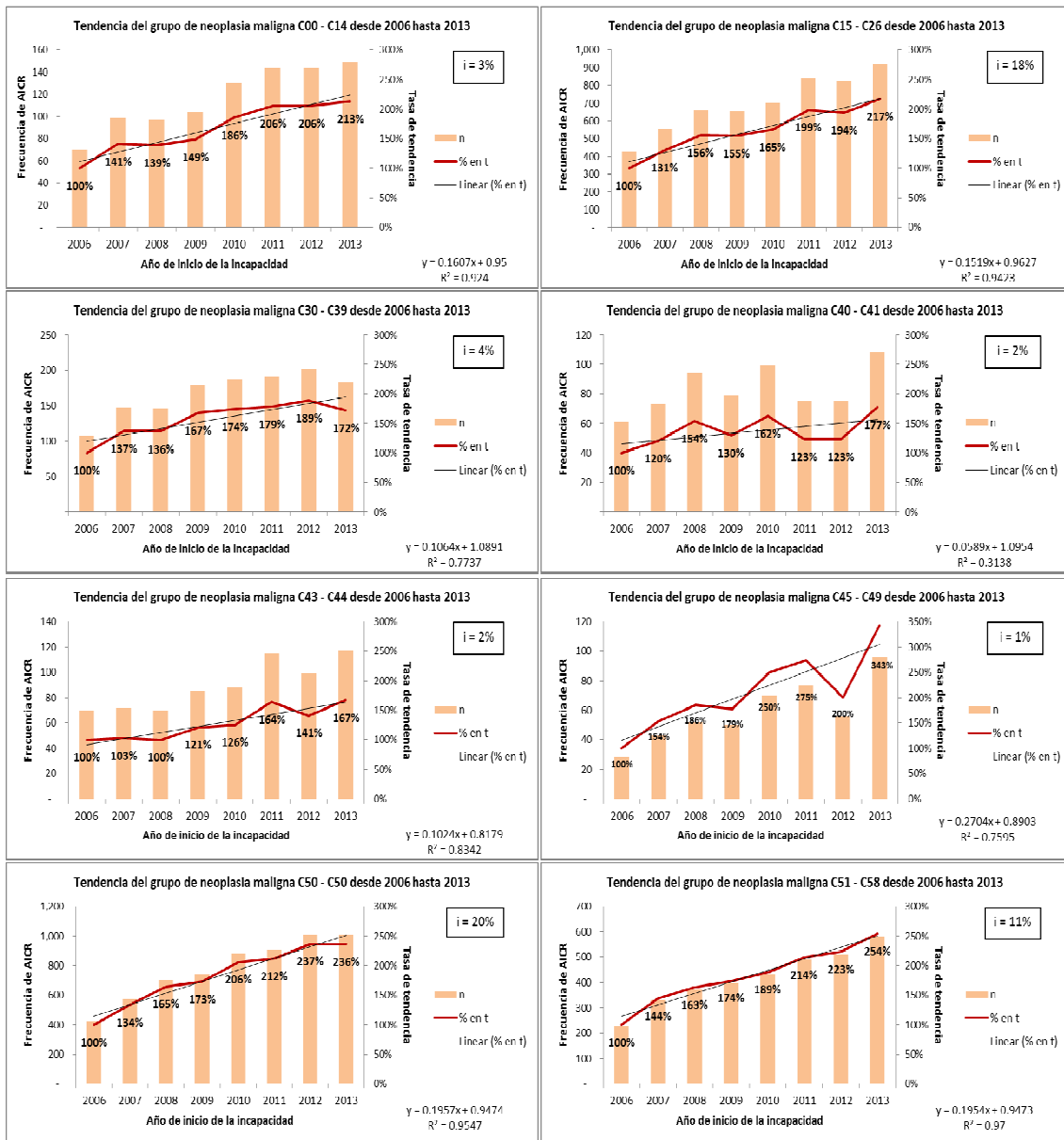
Los cinco grupos siguientes al C45 – C49, que aumentaron su tasa de tendencia considerablemente son el C73 – C75 (288%), C51 – C58 (254%), C64 – C68 (247%), el C50 – C50 (236%) y el C15 – C26 (217%), tres de ellos con una incidencia de casos alta y los otros dos con una incidencia media. En tres de ellos, excepto el C64 – C68 y el C15 – C26, las mujeres son las que predominan en la frecuencia de casos.

Los nueve grupos restantes presentan una tendencia inferior a la media generalizada, y se encuentran desde un 125% hasta un 213%, dos de ellos son de incidencia alta, tres de ellos son de incidencia media y cuatro grupos son de incidencia baja.

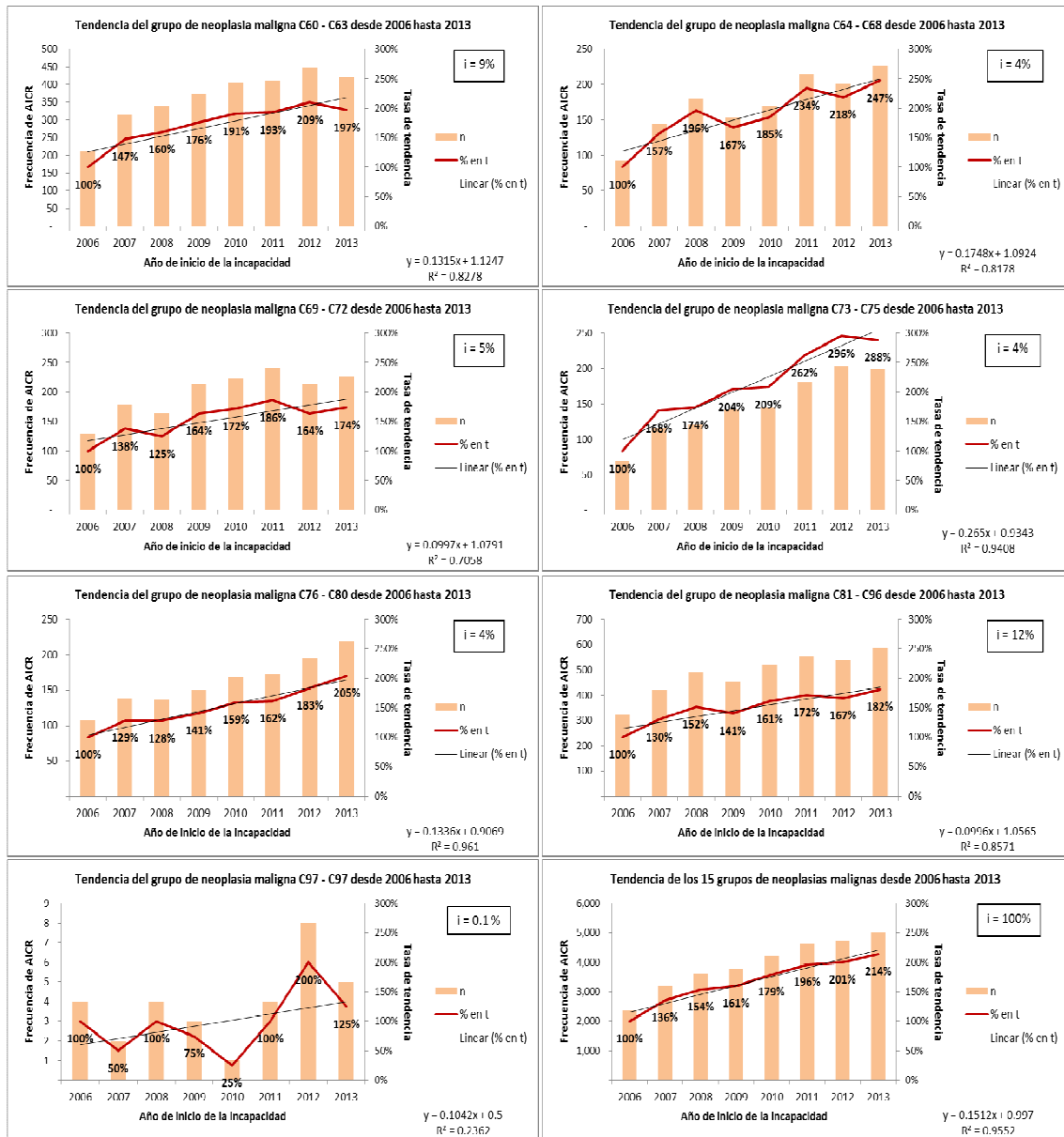
b. Población de AICR con incapacidades acumuladas mayores a 78 semanas

En cada año de análisis el número de los casos en los grupos de neoplasias malignas no presentaron una tendencia a la alza o a la baja uniforme. Además, no fue posible medirse correctamente debido a que muchos grupos de neoplasias malignas presentaban frecuencias muy bajas, que ni siquiera alcanzaban un caso por año.

Gráfica 6. 14 Tasa de tendencia de cada grupo de diagnóstico de neoplasias malignas de cada año de análisis, desde 2006 a 2013.



Continúa gráfica 6.14



Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI.

6.4. Estado de invalidez

Los estados de invalidez que pueden presentar los AICR son dos: la invalidez temporal y la definitiva.

En la base de datos de los pensionados (BDP) se tienen 22,697 registros de dictámenes de invalidez otorgados a lo largo de los años 2003 al 2013, sin embargo, solo se mostrarán los pertenecientes a los AICR porque de los demás asegurados no se tendría información acerca de sus incapacidades, solo de su estado de invalidez, y no se podrían relacionar ambos estados de salud.

De acuerdo a la tabla 6.7, la población total de AICR se conforma de 31,598, de los cuales solo a 6,118 se les determinó un estado de invalidez que corresponde a un 19.4% del total, sin embargo, en 531 casos no se especificó el tipo de invalidez. Además, se distingue que los casos en invalidez temporal siempre han tenido crecimiento a través de los años, caso contrario, los casos de invalidez definitiva han disminuido considerablemente a partir de 2010. En general los casos de invalidez han aumentado de manera transitoria.

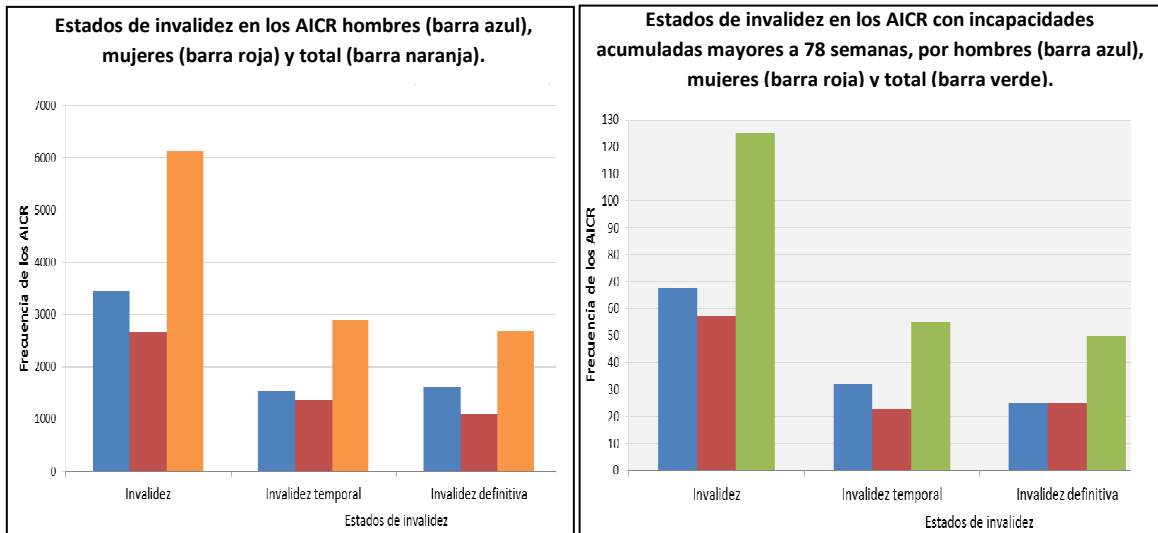
Tabla 6. 7 Distribución de frecuencias de la población total de los AICR con No invalidez y Si invalidez, en los años de inicio de incapacidad de 2006 a 2013.

Casos registrados de asegurados incapacitados por cáncer								
Año	Total		No Invalidez		Si Invalidez		Temporal	Definitiva
2006	2,355	100%	2,079	88.30%	276	11.70%	154	86
2007	3,205	100%	2,676	83.50%	529	16.50%	241	220
2008	3,631	100%	2,856	78.70%	775	21.30%	320	195
2009	3,784	100%	2,912	77.00%	872	23.00%	330	386
2010	4,222	100%	3,195	75.70%	1,027	24.30%	372	649
2011	4,620	100%	3,581	77.50%	1,039	22.50%	533	504
2012	4,730	100%	3,604	76.20%	1,126	23.80%	729	395
2013	5,051	100%	4,577	90.60%	474	9.40%	218	255
Total	31,598	100%	25,480	80.60%	6,118	19.40%	2,897	2,690

Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI y BDP.

En la gráfica 6.15 se distingue que la invalidez temporal fue la que más se determinó en la población total de los AICR y en la población >78 de los AICR, seguido de la definitiva. También se puede observar que el género en el que más se presentó invalidez fue el masculino, tanto en la población como en la población >78 de AICR.

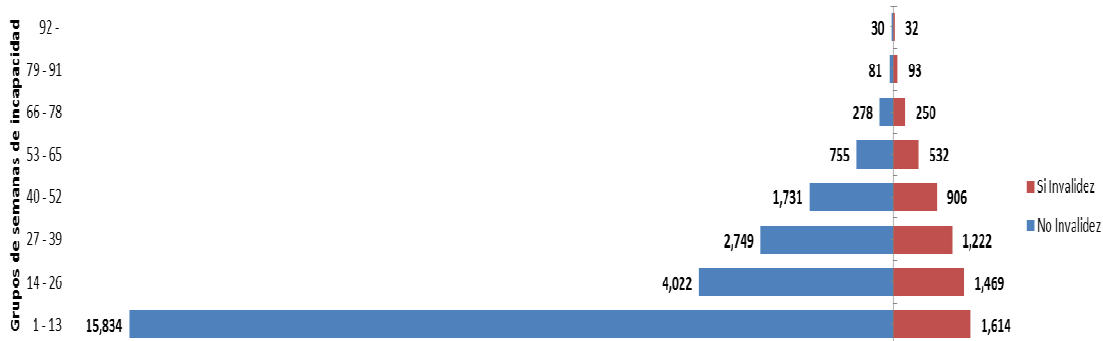
Gráfica 6. 15 Estados de invalidez de la población total de AICR y de la población >78 de AICR.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI.

En la gráfica 6.16 se encuentra la frecuencia de los AICR que presentaron invalidez, de acuerdo al grupo de semanas de incapacidad acumulada en la que estaban. En ella se observa que entre más semanas acumuladas tenían los AICR mayor era la probabilidad de ocurrencia de la determinación de invalidez y menor era la frecuencia de dichos asegurados.

Gráfica 6. 16 Pirámide de AICR que presentan invalidez, por grupos de semanas de incapacidad acumulada.

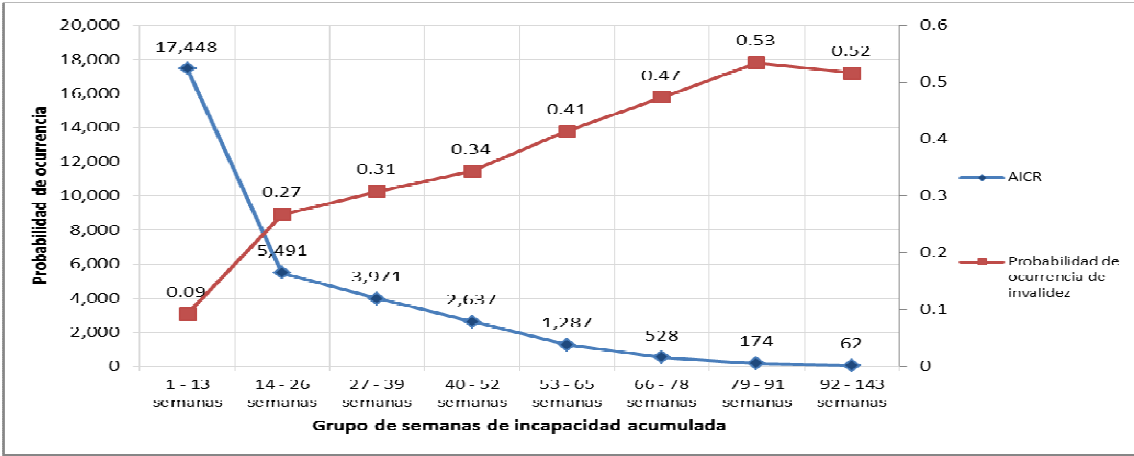


Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI.

En la gráfica 6.17 está exactamente la probabilidad de ocurrencia en cada grupo de semanas de incapacidad acumulada. Aquéllos que tuvieron de 1 a 13 semanas de incapacidad acumulada solo tenía una probabilidad de ocurrencia de la invalidez del 9%, a los que les otorgaron de 14 – 26 semanas tuvieron una

probabilidad de ocurrencia de invalidez del 27%, los que tuvieron de 27 – 39 semanas de incapacidad acumulada se les determinó una probabilidad de ocurrencia de invalidez del 31%. El siguiente grupo (40 – 52 semanas) tuvo una probabilidad de ocurrencia de invalidez del 34%, así como el grupo con 53 – 65 semanas se le determinó una probabilidad del 41% y el grupo con 66 – 78 semanas una probabilidad del 47%. Los AICR que pasaron las 78 semanas tuvieron una probabilidad de ocurrencia de invalidez de más del 50%, esto significa que de un AICR al que no se le determinó invalidez había otro al que sí.

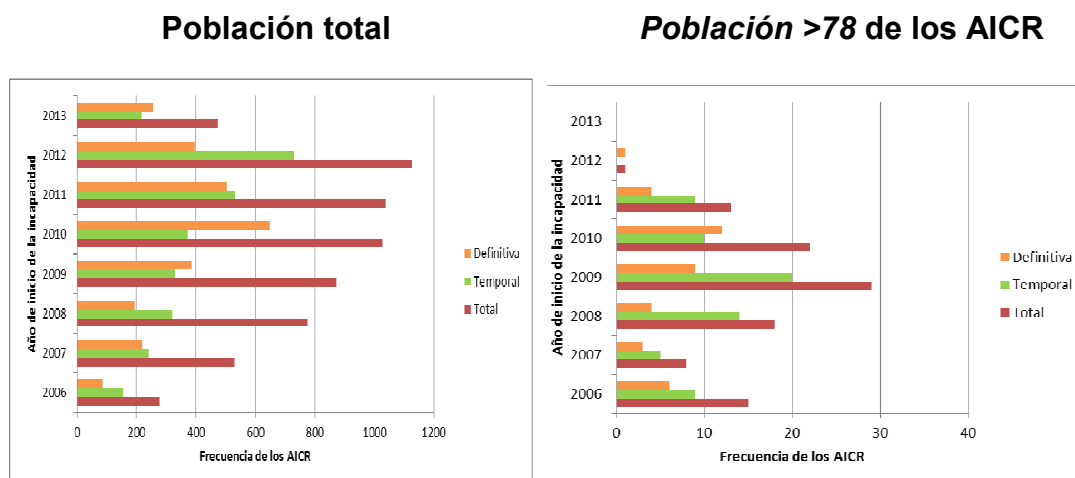
Gráfica 6. 17 Probabilidad de ocurrencia de la invalidez en cada grupo de semanas de incapacidad acumulada.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI.

La gráfica 6.18 muestra que el año de inicio de las incapacidades en el que se determinaron más casos de invalidez fue el 2012, en donde la invalidez temporal fue la predominante. Con respecto a la población >78 , el año de inicio de las incapacidades en donde se determinó más invalidez fue el 2009, debido a que en ese año también hubo más casos con incapacidades acumuladas mayores a 78 semanas, en ese año los casos que predominaron fueron los de invalidez temporal.

Gráfica 6. 18 Población total y Población >78 de los AICR. Frecuencia de los AICR en los estados de invalidez temporal, definitiva y total, por año de inicio de la incapacidad.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI.

I. Tasa de incidencia de los AICR SIN invalidez y CON invalidez en cada grupo de semanas de incapacidad acumulada

La gráfica 6.19 muestra la tasa de incidencia de los AICR a los que NO se les determinó invalidez durante sus incapacidades por grupos de semanas de incapacidad acumulada en cada grupo de neoplasias malignas, en caso contrario, en la gráfica 6.20 está la tasa de incidencia de los AICR a los que se les determinó invalidez durante sus incapacidades por grupos de semanas de incapacidad acumulada en cada grupo de neoplasias malignas. Ambas son gráficas de barras con su escala determinada en el “eje y izquierdo”, excepto el grupo de semanas de incapacidad acumulada de 79 – 143 semanas, debido a que tiene una tasa de incidencia muy pequeña, que no es muy visible, por lo tanto, se le asignó la escala del “eje y derecho” para mejorar la percepción.

En la gráfica 6.19 se distingue que, en promedio, al 80.6% de los AICR no se les determinó invalidez, sin embargo, la mayoría dejaron de estar incapacitados a las 26 semanas (63%), adicionados con otro 14% de AICR que dejaron su incapacidad hasta las 52 semanas, asimismo otro 3% de AICR dejaron sus incapacidades hasta las 78 semanas, restando solo un 0.3% de AICR que dejaron de estar incapacitados después de las 78 semanas. Los grupos de neoplasias malignas a los que menos se les determinó invalidez fueron los grupos en donde los AICR con solo incapacidades dejaron, en su mayoría, sus incapacidades antes

de las 26 semanas de incapacidad (fueron 6 grupos: C00 – C14, C43 – C44, C51 – C58, C60 – C63, C73 – C75, C97 – C97).

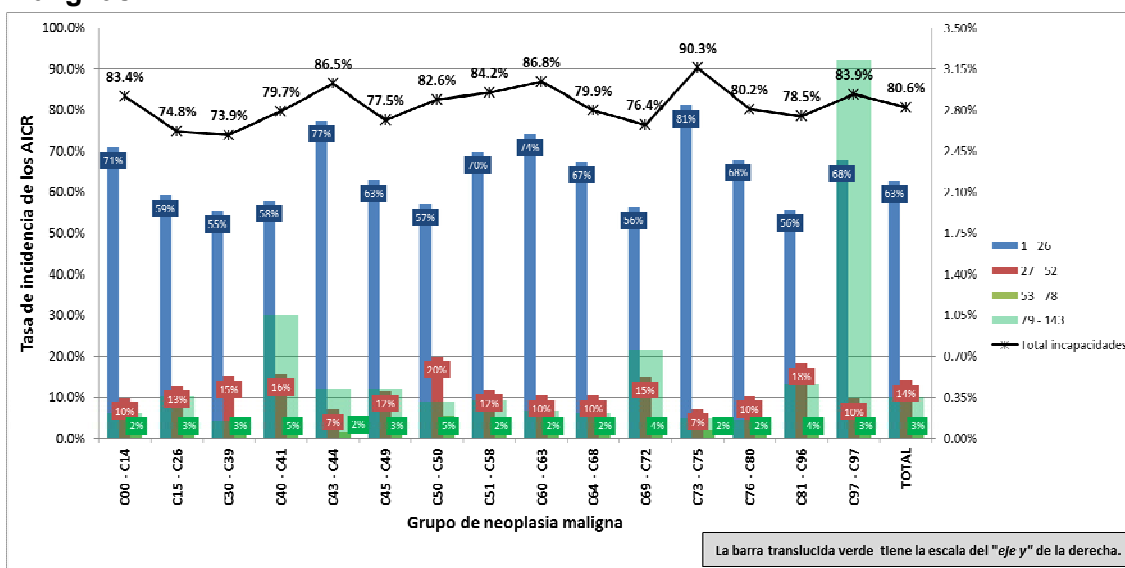
En la gráfica 6.20 también se aprecia que, de manera general, solo al 19.4% de los AICR se les determinó invalidez en algún momento de su incapacidad (Tabla 6.7), sin embargo, solo al 0.4% de los AICR se les detectó la invalidez después de las 78 semanas de incapacidad y al 19% restante se les determinó la invalidez desde la primera semana de incapacidad hasta la 78 (10% antes de las 26 semanas, 7% antes de las 52 semanas, 2% antes de las 78 semanas). En 7 grupos de neoplasias malignas se presentó invalidez en más del 20% del total (arriba de la media).

Los tumores malignos de la tiroides y otras glándulas endocrinas (C73 – C75), las melanomas y otros tumores malignos de la piel (C43 – C44), las neoplasias malignas de los órganos sexuales femeninos (C51 – C58) y las neoplasias malignas de los órganos sexuales masculinos (C60 – C63), fueron las neoplasias malignas con menos AICR inválidos y con más AICR que terminaron sus incapacidades durante la semana 1 a la 26.

Los tumores malignos de la órganos digestivos (C15 – C26), los tumores malignos de la órganos respiratorios (C30 – C39), los tumores malignos de los ojos, del cerebro y del sistema nervioso central (C69 – C72) y los tumores malignos de sitios mal definidos, secundarios y no especificados (C81 – C96), fueron las neoplasias malignas con más AICR inválidos y con menos AICR que terminaron sus incapacidades durante la semana 1 a la 26, es decir que duraron más tiempo incapacitados.

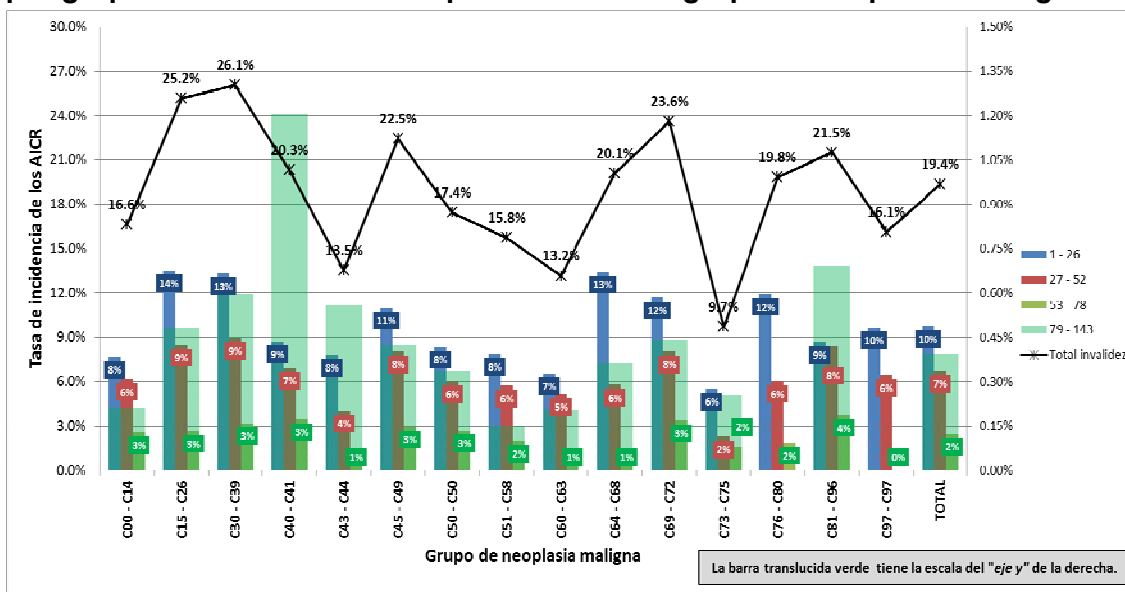
En relación a ambas gráficas, se puede concluir que hay neoplasias malignas que necesitan de mayor atención médica y que pueden dejar al AICR con un estado de salud deteriorado, así como hay neoplasias malignas que tienen una recuperación más rápida o que provocan fallecimiento en los AICR, por lo tanto, no necesitan de atención médica tan prolongada.

Gráfica 6. 19 Tasa de incidencia de los AICR a los que NO se les determinó invalidez por grupos de semanas de incapacidad en cada grupo de neoplasias malignas.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI.

Gráfica 6. 20 Tasa de incidencia de los AICR a los que SI se les determinó invalidez por grupos de semanas de incapacidad en cada grupo de neoplasias malignas.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI.

II. Estados de invalidez en cada grupo de neoplasias malignas

A continuación, se muestra una tabla de la prevalencia de cada tipo de invalidez en la población total y en la población > 78.

Grupos con más casos de invalidez temporal		Grupos con más casos de invalidez definitiva		Grupos con casos iguales de invalidez temporal y definitiva		Grupos sin invalidez	
Población total	Población >78	Población total	Población >78	Población total	Población >78	Población total	Población >78
C00 – C14	C00 – C14 C15 – C26	C15 – C26 C30 – C39 C40 – C41 C43 – C44 C45 – C49	C30 – C39 C40 – C41 C43 – C44 C45 – C49	C97 – C97	C51 – C58 C69 – C72		C76 – C80 C97 – C97
C50 – C50		C64 – C68 C69 – C72 C76 – C80	C50 – C50 C64 – C68				
C51 – C58	C60 – C63						
C60 – C63	C73 – C75						
C73 – C75	C81 – C96						
C81 – C96							
6 grupos	5 grupos	8 grupos	6 grupos	1 grupo	2 grupos	0 grupos	2 grupos

El grupo con más casos de invalidez en la población total y en la población > 78 es el C15 – C26, debido a que es el segundo grupo con más incidencias y el segundo grupo con la tasa más alta de probabilidad de invalidez. También es el grupo con más casos de invalidez temporal y definitiva.

Además, se observa que en la población total y en la población >78 hay más grupos en donde prevalece la invalidez definitiva que la temporal. También se observa que los grupos con incidencia alta tienen, en su mayoría, más casos de invalidez temporal, en la población total aparecen 4 grupos de incidencia alta y en la población > 78 aparecen 3 grupos de incidencia alta. Lo anterior, es la razón de que la invalidez temporal sea el tipo de invalidez que más padecen los AICR tanto en la población total como en la población > 78.

6.5. Tipos de neoplasias malignas con más de 78 semanas de incapacidad

Los 236 AICR que presentaron más 78 semanas de incapacidad acumulada padecieron 61 tipos de cáncer distintos y se mencionan a continuación (T.M. es tumor maligno):

CCIE	Descripción	CCIE	Descripción
C039	T.M. de la encía, parte no especificada	C505	T.M. del cuadrante inferior externo de la mama
C109	T.M. de la orofaringe, parte no especificada	C509	T.M. de la mama, parte no especificada
C119	T.M. de la nasofaringe, parte no especificada	C530	T.M. del endocérvix
C13X	T.M. de la hipofaringe, parte no especificada	C539	T.M. del cuello del útero, sin otra especificación
C161	T.M. del fundus gástrico	C541	T.M. del endometrio
C169	T.M. del estómago, parte no especificada	C56X	T.M. del ovario
C170	T.M. del duodeno	C61X	T.M. de la próstata
C189	T.M. del colon, parte no especificada	C629	T.M. del testículo, no especificado
C20X	T.M. del recto	C64X	T.M. del riñón, excepto de la pelvis renal
C220	Carcinoma de células hepáticas	C679	T.M. de la vejiga urinaria, parte no especificada
C221	Carcinoma de vías biliares intrahepáticas	C700	T.M. de las meninges cerebrales
C229	T.M. del hígado, no especificado	C710	T.M. del cerebro, excepto lóbulos y ventrículos
C250	T.M. de la cabeza del páncreas	C715	T.M. del ventrículo cerebral
C254	T.M. del páncreas endocrino	C716	T.M. del cerebelo
C259	T.M. del páncreas, parte no especificada	C719	T.M. del encéfalo, parte no especificada
C329	T.M. de la laringe, parte no especificada	C73X	T.M. de la glándula tiroideas
C341	T.M. del lóbulo superior, bronquio o pulmón	C750	T.M. de la glándula paratiroides
C343	T.M. del lóbulo inferior, bronquio o pulmón	C760	T.M. de la cabeza, cara y cuello
C349	T.M. de los bronquios o del pulmón	C795	T.M. secundario de los huesos y de la médula ósea
C37X	T.M. del timo	C819	Linfoma de Hodgkin, no especificado
C381	T.M. del mediastino anterior	C850	Linfosarcoma
C383	T.M. del mediastino, parte no especificada	C851	Linfoma de células B, sin otra especificación
C384	T.M. de la pleura	C859	Linfoma no Hodgkin, no especificado
C410	T.M. de los huesos del cráneo y de la cara	C900	Mieloma múltiple
C412	T.M. de la columna vertebral	C910	Leucemia linfoblástica aguda [LLA]
C419	T.M. del hueso y del cartilago articular, no especificado	C920	Leucemia mieloblástica aguda [LMA]
C439	Melanoma maligno de piel, sitio no especificado	C921	Leucemia mielóide crónica [LMC], BCR/ABL-positivo
C447	T.M. de la piel miembro inferior, incluida la cadera	C929	Leucemia mielóide, sin otra especificación
C459	Mesotelioma, de sitio no especificado	C97X	T.M. (primarios) de sitios múltiples independientes
C469	Sarcoma de Kaposi de sitio no especificado		
C480	T.M. del retroperitoneo		
C490	T.M. del tejido conjuntivo y blando de la cabeza, cara y cuello		

La frecuencia de estos 61 tipos de cáncer se plasmó en la gráfica 6.21. La frecuencia se divide en dos partes, aquéllos que tuvieron solo incapacidades y aquéllos que tuvieron incapacidades e invalidez. Además, contiene las semanas promedio de incapacidad que necesitaron los AICR en cada tipo de cáncer. Se compone de tres gráficas para apreciar mejor cada característica de cada cáncer, en la primera gráfica ubicada en el lado izquierdo superior se presentan los 15 tipos de cáncer con mayor frecuencia de AICR, en la segunda gráfica ubicada en el lado derecho superior se presentan los 14 tipos de cáncer siguientes en número de frecuencia y, por último, se encuentra la tercera gráfica ubicada en la parte inferior con los 32 tipos de cáncer con solo 1 asegurado en cada uno.

A partir de la gráfica 6.21 se conoce que en 5 tipos de cáncer los AICR necesitaron 100 o más semanas de incapacidad acumulada durante su tratamiento, es decir, alrededor de los 2 años que se otorgan de atención médica en el ramo de enfermedades.

6.6. Edad de los AICR

Una de las variables que también se quiso conocer de los AICR es la edad, sin embargo, los AICR tenían desde 17 años hasta 91 años, por lo tanto, para un mejor análisis se agruparon esos 75 años en 6 grupos de edad. Los cuatro grupos con edades medias desde los 31 años hasta los 70 años tienen una escala de 10 años y, los grupos con edades más bajas y más altas tienen una escala de 14 y 21 años, respectivamente.

En la tabla 6.8 se encuentra la frecuencia y la tasa de incidencia del total de la población de AICR en cada grupo de edad a lo largo de los años 2006 - 2013. En ella se puede observar que el grupo de edad con mayor tasa de incidencia en la población es el de 41 – 50 años, seguido del grupo de 51 – 60 años y del grupo de 31 – 40 años, sus tasas de incidencia en relación a todos los años unificados son del 29.35%, 28.66% y 20.59%, respectivamente. Los tres grupos siguientes son el de 16 – 30 años, el de 61 – 70 años y el de 71 o más años.

En la gráfica 6.22 se señala la frecuencia de la población total de AICR en cada grupo de edad y por género, en donde casi todos los grupos tienen en su mayoría a hombres, excepto los grupos de 31 – 40 años y el grupo de 41 – 50 años, en los cuales son las mujeres las que prevalecen.

Además, en la tabla 6.8 también se presenta la frecuencia y la tasa de incidencia de la población > 78 de los AICR en cada grupo de edad a lo largo de los años 2006 hasta 2013. Para esta población de AICR el grupo de edad con mayor tasa de incidencia es el de 51 – 60 años, después se encuentra el grupo de 41 – 50 años y el grupo de 31 – 40 años, sus tasas de incidencia en todo el conjunto de años son: 27.54%, 25.85% y 24.15%, respectivamente.

La gráfica 6.23 permite distinguir la frecuencia de la población > 78 de AICR en cada grupo de edad y por género, en donde casi todos los grupos de edad se componen en su mayoría de hombres, excepto el grupo de 41 – 50 años que se compone en su mayoría de mujeres.

En la tabla 6.8 también se observa que la tasa de incidencia de cada grupo de edad no tuvo mucha variación de manera transitoria en la población total. Los grupos en donde disminuyó escasamente la incidencia fueron el de 16 – 30 años, 61 – 70 y 71 o más. Los que no sufrieron afectación son el grupo de 31 – 40 y de 51 – 60 años, y el que tuvo un aumento en su tasa de incidencia del 2% fue el grupo de 41 – 50 años. En cambio, en la población > 78 de AICR si hubo variación constante en las tasas de incidencia de cada grupo de edad de manera transitoria.

Tabla 6. 8 Frecuencia y tasa de incidencia de la población total de AICR y de la población > 78 de AICR, por grupo de edad y por año desde 2006 – 2013.

Población total de AICR

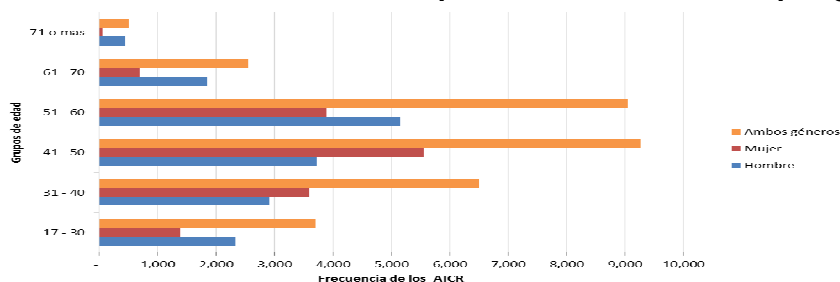
Año	Grupo de Edad (en años)										Total			
	17 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70				71 o mas	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
2006	311	13%	462	20%	675	29%	676	29%	191	8%	40	2%	2,355	100%
2007	427	13%	677	21%	863	27%	945	29%	237	7%	56	2%	3,205	100%
2008	456	13%	760	21%	1,058	29%	990	27%	315	9%	52	1%	3,631	100%
2009	441	12%	777	21%	1,080	29%	1,086	29%	331	9%	69	2%	3,784	100%
2010	482	11%	870	21%	1,262	30%	1,181	28%	353	8%	74	2%	4,222	100%
2011	517	11%	997	22%	1,345	29%	1,329	29%	355	8%	77	2%	4,620	100%
2012	521	11%	962	20%	1,402	30%	1,375	29%	406	9%	64	1%	4,730	100%
2013	556	11%	1,002	20%	1,589	31%	1,473	29%	359	7%	72	1%	5,051	100%
Total	3,711	12%	6,507	21%	9,274	29%	9,055	29%	2,547	8%	504	2%	31,598	100%

Población >78: AICR con incapacidades acumuladas mayores a 78 semanas

Año	Grupo de edad en años										Total			
	17 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70				71 o más	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
2006	6	15%	10	25%	8	20%	15	38%	-	0%	1	3%	40	100%
2007	8	20%	8	20%	10	24%	13	32%	2	5%	-	0%	41	100%
2008	9	20%	14	31%	15	33%	5	11%	1	2%	1	2%	45	100%
2009	10	18%	17	31%	12	22%	14	25%	2	4%	-	0%	55	100%
2010	5	17%	6	20%	8	27%	11	37%	-	0%	-	0%	30	100%
2011	-	0%	1	6%	6	35%	6	35%	3	18%	1	6%	17	100%
2012	1	14%	1	14%	1	14%	1	14%	3	43%	-	0%	7	100%
2013	-	0%	-	0%	1	100%	-	0%	-	0%	-	0%	1	100%
Total	39	17%	57	24%	61	26%	65	28%	11	5%	3	1%	236	100%

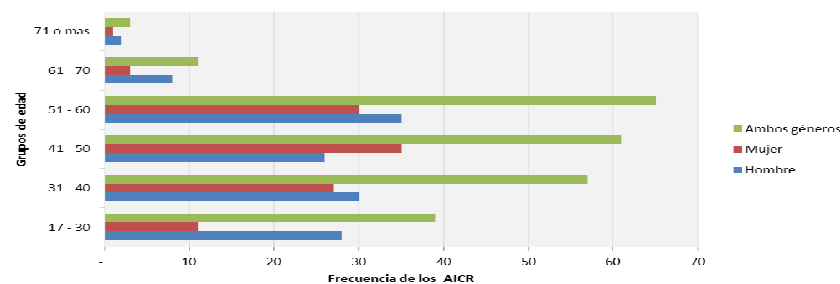
Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI.

Gráfica 6. 22 Frecuencia de la población total de AICR por grupo de edad y género.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI.

Gráfica 6. 23 Frecuencia de la población > 78 de AICR por grupo de edad y género.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI.

6.7. Salario de los AICR

Conocer el salario de los AICR es muy importante, porque permite saber sus condiciones económicas y lo imprescindible que es para ellos la recepción de las prestaciones económicas que les otorgaron durante sus incapacidades.

De acuerdo con la tabla 6.9, tanto en la población total como en la población > 78, casi $\frac{3}{4}$ del total de AICR en cada uno, tenían ingresos menores a 5 salarios mínimos diarios (SMD), esto indica que como máximo les otorgaban de prestación en dinero 3 SMD para el sostenimiento de su familia.

Durante el análisis transitorio desde 2006 hasta 2013, se observa que no hubo diferencia en la tasa de incidencia en cada grupo de edad a través de los años y siempre continuo casi en la misma proporción, aunque si cambió la frecuencia. Esto se debe a que los asegurados en el régimen obligatorio de la Ley del Seguro Social tampoco presentan variación en el salario a través de los años, en términos de veces el salario mínimo, de acuerdo a la tabla 6.10.

Tabla 6. 9 Grupos de salario en los que se encuentra la población total de AICR y de la población > 78 de AICR, por año desde 2006 – 2013.

Población total de AICR

SMGDF	Año	Grupo de salario mínimo general del DF										Total	
		1.00 - 5		5.01 - 10		10.01 - 15		15.01 - 20		20.01 - 25		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
48.67	2006	1,715	73%	327	14%	132	6%	76	3%	105	4%	2,355	100%
50.57	2007	2,356	74%	468	15%	177	6%	79	2%	125	4%	3,205	100%
52.59	2008	2,667	73%	508	14%	204	6%	103	3%	149	4%	3,631	100%
54.8	2009	2,771	73%	539	14%	227	6%	105	3%	142	4%	3,784	100%
57.46	2010	3,099	73%	585	14%	231	5%	132	3%	175	4%	4,222	100%
59.82	2011	3,414	74%	646	14%	257	6%	126	3%	177	4%	4,620	100%
62.33	2012	3,443	73%	670	14%	263	6%	148	3%	206	4%	4,730	100%
64.76	2013	3,673	73%	726	14%	297	6%	145	3%	210	4%	5,051	100%
	Total	23,138	73%	4,469	14%	1,788	6%	914	3%	1,289	4%	31,598	100%

Población >78: AICR con incapacidades acumuladas mayores a 78 semanas

SMGDF	Año	Grupo de salario mínimo general del DF										Total	
		1.00 - 5		5.01 - 10		10.01 - 15		15.01 - 20		20.01 - 25		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
48.67	2006	28	70%	10	25%	1	3%	-	0%	1	3%	40	100%
50.57	2007	32	78%	6	15%	2	5%	-	0%	1	2%	41	100%
52.59	2008	35	78%	6	13%	3	7%	-	0%	1	2%	45	100%
54.8	2009	40	73%	11	20%	1	2%	1	2%	2	4%	55	100%
57.46	2010	24	80%	2	7%	1	3%	2	7%	1	3%	30	100%
59.82	2011	13	76%	-	0%	4	24%	-	0%	-	0%	17	100%
62.33	2012	6	86%	-	0%	-	0%	-	0%	1	14%	7	100%
64.76	2013	1	100%	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%	1	100%
	Total	179	76%	35	15%	12	5%	3	1%	7	3%	236	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI.

Tabla 6. 10 Salario base de cotización promedio de los asegurados en el RO de la LSS, con derecho al Seguro de Enfermedades y Maternidad, en veces el SMGDF.

Salario mínimo	Año	SBC promedio	SBC promedio en veces el SMGDF
\$ 48.67	2006	\$ 200.50	4.12
\$ 50.57	2007	\$ 210.91	4.17
\$ 52.59	2008	\$ 222.84	4.24
\$ 54.80	2009	\$ 228.69	4.17
\$ 57.46	2010	\$ 237.86	4.14
\$ 59.82	2011	\$ 248.16	4.15
\$ 62.33	2012	\$ 258.62	4.15
\$ 64.76	2013	\$ 268.09	4.14

Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en el Capítulo XIV. Indicadores de la Memoria estadística 2014 del IMSS (IMSS, 2014a) y del cuadro histórico de los salarios mínimos encontrado en el SAT.

En la tabla 6.11 se calculó la prestación en dinero que les correspondió a los 236 asegurados con incapacidades temporales por cáncer, registrados en la BDI, después de las 78 semanas de incapacidad acumulada. En ella se obtuvo que en promedio se otorgaron 60 días más después de las 78 semanas a cada AICR y les correspondió \$8,752.33 de prestación en dinero durante ese periodo.

El año en que se otorgaron más días de incapacidad en promedio a cada AICR, después de las 78 semanas, fue en 2007 y se otorgaron 85 días o 12 semanas de incapacidad. Los siguientes años en orden descendente fueron el 2008 (62 días), 2009 (61 días), 2006 (54 días), 2010 (51 días), 2011 (30 días), 2012 (26 días) y 2013 (7 días).

El año en que se otorgaron menos días de incapacidad fue en 2013, porque solo hubo un AICR y tuvo 7 días de incapacidad después de las 78 semanas.

Tabla 6. 11 Prestaciones en dinero correspondientes a los días de incapacidad posteriores a las 78 semanas de la población > 78 de AICR.

Año	n	Salario promedio	Días por pagar en el S. I. V.	Prestación en dinero
2006	40	\$ 207	2,177	\$ 293,217
2007	41	\$ 199	3,494	\$ 453,133
2008	45	\$ 224	2,796	\$ 359,217
2009	55	\$ 258	3,358	\$ 490,076
2010	30	\$ 279	1,541	\$ 260,256
2011	17	\$ 287	508	\$ 126,936
2012	7	\$ 320	183	\$ 81,362
2013	1	\$ 322	7	\$ 1,354
Total	236	\$ 240	14,064	\$ 2,065,551

Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en la BDI.

Si un asegurado incapacitado temporalmente para el trabajo no recibe prestaciones económicas mientras se encuentre en ese estado, ¿cuál es el impacto que puede padecer él y su familia?

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) realizó una estimación de medición de la pobreza de la población de México, en donde se consideraron dimensiones como carencias sociales e ingreso de las personas para conocer si una persona se encuentra en situación de pobreza. También estimaron el valor monetario de una canasta de alimentos, bienes y servicios básicos que necesita una persona al mes, y le denominaron Línea de Bienestar (CONEVAL, 2014).

Las carencias sociales se pueden presentar en los siguientes indicadores: rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación. El ingreso de las personas debe alcanzar para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias, es decir, deben ser más altos que la Línea de bienestar (CONEVAL, 2014).

Las personas que se consideraron que se encuentran en una situación de pobreza son porque sus ingresos son menores a la Línea de Bienestar y porque tienen al menos una carencia social. Una persona que tiene ingresos menores a la línea de bienestar, pero no presenta carencias sociales se considera “vulnerable por ingresos”, caso contrario, la población que tiene una o más carencias sociales pero sus ingresos son mayores a la línea de bienestar es “vulnerable por carencias sociales” (CONEVAL, 2014).

La información presentada en los últimos tres párrafos se menciona debido a que el 73% de los AICR tienen como ingresos de 1 a 5 salarios mínimos generales del D.F (SMGDF), por lo tanto, se quiere conocer si presentan alguna vulnerabilidad al estar en su mayoría dentro de un rango de salario bajo. Con ello, se pretende demostrar la importancia de las prestaciones económicas durante el periodo en el que se encuentran enfermos e incapacitados temporalmente para el trabajo.

Cabe mencionar, que se hará un análisis de su vulnerabilidad considerando su salario base de cotización completo, no se considerará el monto que reciben al estar incapacitados.

Para conocer si presentan alguna vulnerabilidad se necesitó conocer el ingreso que necesitó una persona para su bienestar alimentario y no alimentario (Línea de bienestar) tanto en las zonas urbanas como en las rurales, desde 2006 hasta 2013, esto se muestra en la tabla 6.12. Además, también fue necesario conocer el salario base de cotización que tiene una persona que tiene como ingreso desde 1 a 5 SMGDF, desde 2006 hasta 2013, esto se muestra en la tabla 6.13.

A partir de ambas tablas (6.12 y 6.13) se procedió a realizar la gráfica 6.26 y 6.27, en donde se muestra el número de personas que puede mantener un asegurado en el RO de la LSS que tiene como ingreso 1, 2, 3, 4 y 5 SMGDF como SBC tanto en la zona rural como en la zona urbana.

Tabla 6. 12. CONEVAL. Ingreso necesario por persona para su bienestar alimentario y no alimentario en zona rural y urbana.

Ingreso necesario por persona para su bienestar alimentario y no alimentario								
Año	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Zona urbana	\$1,860.60	\$1,870.30	\$2,008.37	\$2,079.92	\$2,184.56	\$2,274.78	\$2,388.38	\$2,513.35
Zona rural	\$1,132.21	\$1,168.27	\$1,266.57	\$1,315.35	\$1,377.87	\$1,444.14	\$1,532.07	\$1,611.58

Fuente: Elaboración propia a partir de la información de la CONEVAL (s.f.) que se encuentra en el apartado de medición de la pobreza, en la sección de Línea de bienestar. El ingreso señalado corresponde al mes de diciembre de cada año.

Tabla 6. 13. Salario base de cotización mensual en pesos, cuando se obtiene de ingreso de 1 a 5 SMGDF.

Salario Base de Cotización mensual en pesos								
Año	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
S.M.G.D.F.	\$48.67	\$50.57	\$52.59	\$54.80	\$57.46	\$59.82	\$62.33	\$64.76
1	\$1,526.10	\$1,585.68	\$1,649.02	\$1,718.32	\$1,801.73	\$1,875.73	\$1,954.43	\$2,030.63
2	\$3,052.21	\$3,171.36	\$3,298.04	\$3,436.64	\$3,603.45	\$3,751.45	\$3,908.86	\$4,061.25
3	\$4,578.31	\$4,757.04	\$4,947.06	\$5,154.95	\$5,405.18	\$5,627.18	\$5,863.29	\$6,091.88
4	\$6,104.42	\$6,342.72	\$6,596.08	\$6,873.27	\$7,206.90	\$7,502.90	\$7,817.72	\$8,122.50
5	\$7,630.52	\$7,928.41	\$8,245.10	\$8,591.59	\$9,008.63	\$9,378.63	\$9,772.15	\$10,153.13

Fuente: Elaboración propia a partir del monto de los SMGDF de cada año desde 2006 hasta 2013. Recuperado el 20 de febrero de 2016 en: http://www.sat.gob.mx/informacion_fiscal/tablas_indicadores/Paginas/salarios_minimos.aspx

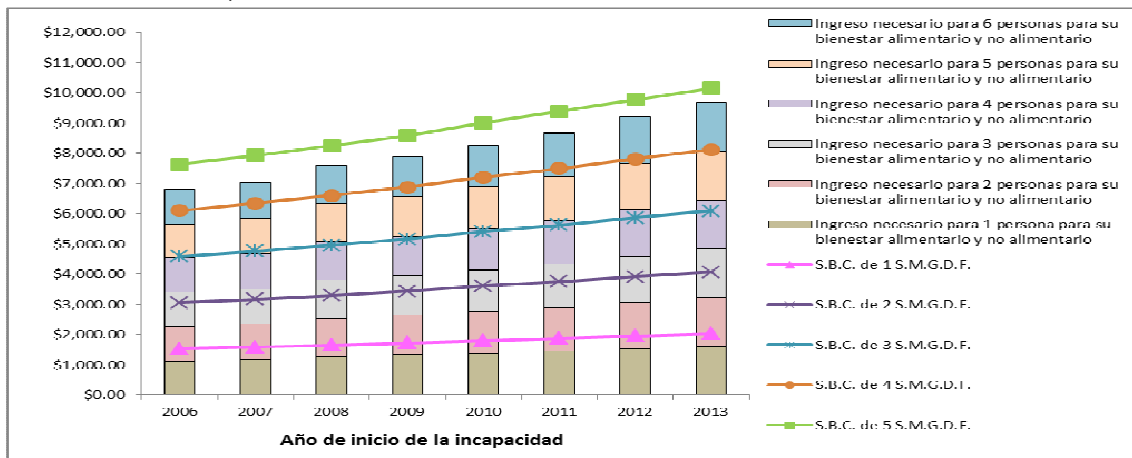
La zona rural son poblaciones con menos de 2,500 habitantes y la zona urbana son poblaciones con más de 2,500 habitantes (CONEVAL, 2014). De acuerdo al Censo de población y vivienda del INEGI 2010, el 90% del total de los derechohabientes del IMSS en 2010 vivía en una zona con más de 2,500

habitantes (zona urbana) y el 10% en una zona con menos de 2,500 habitantes (zona rural) (INEGI, 2010).

Las gráficas 6.24 y 6.25 muestran que un asegurado que gana hasta 1 SMGDF puede mantener a una persona en la zona rural y a ninguna persona en la zona urbana, un asegurado que gana hasta 2 SMGDF puede mantener a dos personas en la zona rural y a una persona en la zona urbana, un asegurado que gana hasta 3 SMGDF puede mantener a tres personas en la zona rural y a 2 personas en la zona urbana, un asegurado que gana hasta 4 SMGDF puede mantener a cinco personas en la zona rural y a tres personas en la zona urbana y un asegurado que gana hasta 5 SMGDF puede mantener a seis personas en la zona rural y a cuatro personas en la zona urbana.

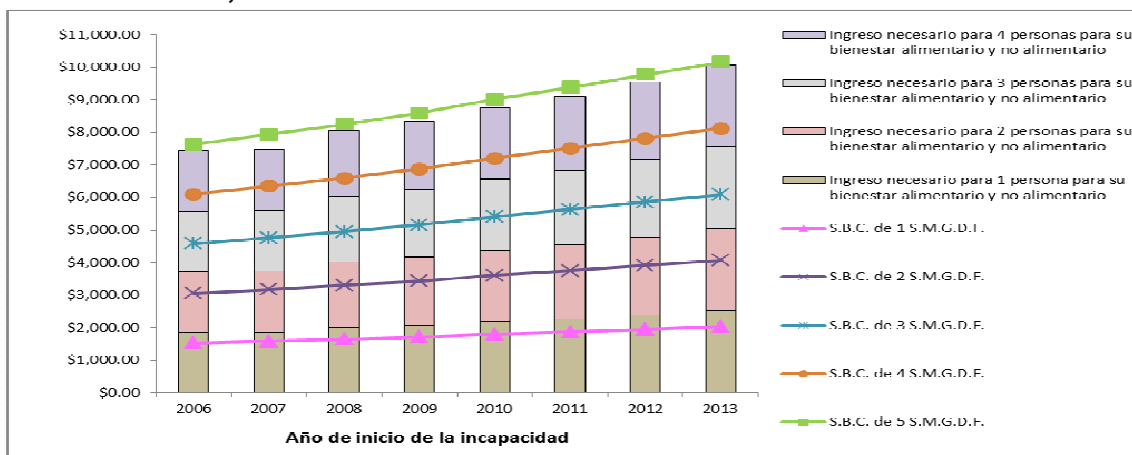
De acuerdo con la tabla 6.14, el 55% de los derechohabientes del IMSS que vivía en zonas urbanas en 2010 tenía de 1 – 4 integrantes en su familia y el 82% de los derechohabientes del IMSS que vivía en zonas rurales en 2010 tenía de 1 – 6 integrantes en su familia. Por lo tanto, la diferencia (45% para zonas urbanas y 18% para zonas rurales) pudiesen haber sido personas vulnerables en su ingreso de acuerdo al CONEVAL, si solamente había un miembro que trabajase en su familia. No obstante, también pueden encontrarse personas con situación de pobreza.

Gráfica 6. 24. Número de personas que se pueden sostener al obtener un ingreso de 1 a 5 SMGDF, en la zona rural.



Fuente: Elaboración propia a partir de las tablas 6.12 y 6.13.

Gráfica 6. 25. Número de personas que se pueden sostener al obtener un ingreso de 1 a 5 SMGDF, en la zona urbana.



Fuente: Elaboración propia a partir de las tablas 6.12 y 6.13.

Tabla 6. 14. Habitantes derechohabientes del IMSS en grupos de familias, por zona rural y zona urbana.

Tipo de zona	Habitantes derechohabientes del IMSS							
	Total	%	Familia con 1 - 4 integrantes	%	Familia con 5 - 6 integrantes	%	Familia con 7 o más integrantes	%
Total	35,342,680	100%	19,351,059	54.8%	11,617,435	32.9%	4,374,186	12.4%
Zona rural	3,489,907	100%	1,667,511	47.8%	1,203,536	34.5%	618,860	17.7%
Zona urbana	31,852,773	100%	17,683,548	55.5%	10,413,899	32.7%	3,755,326	11.8%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos consultados en la Consulta interactiva de datos del INEGI respecto del Censo de Población y vivienda 2010 (INEGI, 2010).

El monto de la Línea de Bienestar presentado por el CONEVAL son estimaciones que realizó en donde sugirió lo que consume una persona en alimentos, bienes y servicios al mes, sin embargo, no necesariamente dicha estimación se lleva a cabo para todas las personas y en todas las familias. Por lo tanto, el porcentaje estimado con base en los datos del INEGI acerca de las personas vulnerables por ingreso puede ser más alto o más bajo, dependiendo de las características de cada familia.

Sin embargo, para todas las familias es indispensable el ingreso que reciben como salario sus miembros económicamente activos, porque todos los días las personas tanto adultas como niños deben alimentarse, transportarse de un lugar a otro, lavarse, bañarse, encender la luz y en muchos casos los aparatos eléctricos, entre otras actividades. Adicionalmente, las personas enfermas requieren de cuidados especiales, en donde puede haber gastos mayores en transporte, medicamentos, alimentos, productos de limpieza, etc.

Capítulo VII. Entrevista aplicada

Se realizó una entrevista al Jefe de Invalidez de la Coordinación de Salud en el Trabajo del IMSS, el 13 de julio de 2015, para conocer el proceso que se sigue para determinar la invalidez. El Dr. Edgar Jesús Zitle mencionó la situación en la que se encuentra un asegurado cuando es incapacitado temporalmente para el trabajo hasta que, si así es necesario, es dictaminado con invalidez.

7.1. Entrevista al Jefe de invalidez de la Coordinación de Salud en el Trabajo ubicada en el Centro Médico Nacional Siglo XXI.

El 13 de Julio de 2015 se realizó una entrevista al Jefe de Invalidez de la Coordinación de Salud en el Trabajo ubicada en el Centro Médico Nacional Siglo XXI, en el Distrito Federal. A continuación, expondré la información que se recabo a partir de 14 preguntas que se aplicaron, así como una breve introducción que relató el entrevistado. La información se encuentra acomodada por cada tema que se trató durante la entrevista.

Proceso que se lleva durante la enfermedad no relacionada con el trabajo en el Seguro de Enfermedades y Maternidad.

1. Un trabajador asegurado adquiere una enfermedad o sufre un accidente, ambos sin relación con el trabajo.
2. Acudirá al médico familiar, lo valorará y de acuerdo a la actividad laboral que el trabajador realiza, determinará si su enfermedad le permite o no desempeñar su trabajo.
3. Si no puede desempeñar su trabajo, le emite un certificado por incapacidad temporal para el trabajo.
4. La incapacidad será otorgada por el Seguro de Enfermedades y Maternidad, desde 1 día hasta 52 semanas, con prórroga de 26 semanas más para prestaciones económicas y con prórroga de 52 semanas para prestaciones médicas.

5. A partir del 4to día de incapacidad y hasta 52 + 26 semanas recibirá un subsidio en dinero, que será del 60% del último salario registrado.

Los tres primeros días solamente sirven para justificar la ausencia en el trabajo para el patrón, pero no tienen derecho a un subsidio.

6. En algún momento del tratamiento que se le esté aplicando al trabajador, se puede determinar que ya no va a recuperar su capacidad para desempeñar su trabajo.

La determinación la hará el médico tratante, cuando medicamente no tenga más que ofrecerle y que no pueda curarse o rehabilitarse a corto plazo.

7. Cuando lo anterior sea determinado se enviará a Salud en el Trabajo de su unidad médica familiar para valorar un posible estado de invalidez.

No existe un número de días de incapacidad determinado que se tengan que cubrir para que pase a invalidez, es de acuerdo a la individualización de cada caso y de la posibilidad que tengan de ofrecerle algún tratamiento o cirugía que le permita recuperar su capacidad de trabajo.

Evaluación de invalidez

8. Salud en el Trabajo recibe al trabajador y lo que va a hacer es una evaluación global del estado de salud, es decir va a requerir su expediente físico o de forma electrónica, y así revisará todos sus padecimientos. Existen dos posibilidades:

- a) Si el médico de salud en el Trabajo considera que los datos que contiene el expediente son suficientes para emitir el dictamen pues lo emite.

- b) Si el médico de salud en el Trabajo considera que faltan algunas valoraciones o algunos estudios para completar el expediente y actualizarlo, entonces solicitará estas valoraciones para actualizar e integrar su expediente (se dice normativamente).

9. Cuando el trabajador tiene su expediente completo se le cita y se le hace una valoración integral de forma presencial. El médico de Salud en el Trabajo evalúa la pérdida de la capacidad para el trabajo.

Se tiene un instrumento que está basado en la *clasificación internacional de funcionamiento*, la CIF, ahí están los parámetros que se evalúan para determinar un estado de invalidez, se puede descargar de internet porque es libre, es promovida por la Organización Mundial de la Salud.

Para estudiar la deficiencia se utiliza un instrumento llamado *Situaciones de minusvalía* que emite una organización de España y también se puede descargar de internet, son públicos.

Para la evaluación se considera lo siguiente:

- a) *La pérdida física o funcional* que es lo que se le llama deficiencia.
- b) *Los factores de contexto*, o el perfil social de la edad, de su accesibilidad, de su nivel socioeconómico, nos apoyamos en muchos casos con Trabajo Social.
- c) *La capacidad propiamente del puesto de trabajo*.

La LSS nos habla de que no pueda desempeñar su mismo puesto de trabajo, entonces evaluamos las actividades que requiere para su puesto trabajo contra la posibilidad de que pueda hacerlo o no.

10. Estos tres elementos evalúan en forma integral lo que es la discapacidad, se implementaron en 2005. A cada elemento se le da un valor y finalmente se tiene un porcentaje que es la pérdida de la capacidad para trabajar.

- a) Una persona con menos del 50% de la pérdida de la capacidad para el trabajo, no se considera inválida.
- b) Si la persona tiene del 50 al 74% de pérdida de la capacidad para el trabajo, si presenta un estado de invalidez.
- c) Si tiene el 75% o más de pérdida de la capacidad para el trabajo, la persona si tiene un estado de invalidez y requiere el apoyo de que alguien le asista, que es una prestación más que otorga el seguro social.

Guías para evaluar la invalidez.

Por parte del IMSS existe la Guía técnica para la referencia de asegurados a Salud en el Trabajo para estudio de probable estado de invalidez, para tratar ciertas enfermedades pero no aparece el cáncer.

Dentro de lo que es el medio de salud y la atención médica, hay Guías Clínicas para tratar diferentes enfermedades, hay Normas Oficiales Mexicanas para tratar prevención, atención, rehabilitación de diferentes enfermedades, pero bueno hay tantas enfermedades que no hay Guías suficientes, (el entrevistado desconoce si hay Guías para tratar cada una de ellas).

Desde el punto de vista de invalidez, el baremo español sirve para medir la parte de lo que es la deficiencia, se utiliza porque es el más completo. Si una persona pierde un segmento de su cuerpo o pierde una función de su cuerpo, le corresponde un porcentaje a esa pérdida, pero como se ve desde una forma más integral, no necesariamente una deficiencia quiere decir que una persona tenga una discapacidad.

Cuando se evalúa la invalidez, el baremo proporciona una guía que si incluye cáncer y otros padecimientos, baremos hay muchos, la propia ley federal del trabajo, artículo 514 tiene una serie de baremos, es decir, si la persona pierde una mano, corresponde a tanto porcentaje.

Deficiencia vs discapacidad

Ejemplo más común es con la vista. Una persona que tiene miopía o tiene astigmatismo tiene una deficiencia para leer, por decirlo, pero en el momento en que se pone sus lentes esa deficiencia se corrige, aunque siga teniendo una deficiencia en su ojo.

Si se habla de una discapacidad, depende que requiere hacer, si la persona tiene una agudeza visual muy baja, y su trabajo requiere una agudeza visual alto, pues evidentemente esa deficiencia visual se puede convertir en una discapacidad.

Si la persona es estudiante, tiene una pérdida de su agudeza visual mínima, pero usa lentes, pues no tiene una discapacidad, tiene una deficiencia.

Los médicos se apoyan en las Guías y Baremos para ponerle un número a la invalidez.

- En los baremos se va a apoyar en todos los casos.
- En la Guía técnica, se apoyará en determinados casos, pues no están contenidos todos.

Por tanto, ya queda a su criterio determinar qué necesita para plasmar su decisión en el dictamen.

Guía técnica para la referencia de asegurados a Salud en el Trabajo para estudio de probable estado de invalidez

Solo es una guía para tratar de orientar al médico de Salud en el Trabajo sobre los estudios mínimos que se requieren en determinados casos para tomar una decisión, pero no es tan estricta para decir: *si no tiene todo esto no se puede dictaminar*.

Características de la Guía.

- *Es enunciativa* en el aspecto de que para ciertas enfermedades recomienda los procedimientos mínimos que se tienen que hacer.
- *No es extensa*, porque para agotar todos los padecimientos de todos los grupos y todos sus escenarios, entonces tendría que ser muy robusto.

Los casos oncológicos no son tan complejos en la dictaminación de invalidez, pero no cabe en una Guía todos los tipos de tumores, porque entonces tendría que nombrar y hacer recomendaciones a cada uno.

- *No es limitativa*.
- *No es una lista exclusiva y obligatoria para realizar las evaluaciones*. Como es una cuestión médica, es una cuestión flexible.

El médico para evaluar a una persona con cáncer, a lo mejor le es suficiente una nota del oncólogo, no necesita una nota del hematólogo, del nefrólogo. Si el oncólogo dice que tiene un cáncer metastásico que ya tiene a distancia en el hígado, en el pulmón y en otras partes, pues ya no va a pedir que lo vea el neumólogo si tiene metástasis en el pulmón, porque es una situación tan evidente que no tengo que ser tan exhaustivo.

Duración de los dictámenes de Invalidez temporal

En el momento en que se dictamina ya se tiene un plazo, al hacer un dictamen de invalidez temporal es porque la persona tiene posibilidad de recuperación para trabajar, aunque sea pequeña. En ese momento se estima el tiempo que puede requerir para rehabilitarse.

Se hacen por dos años, pero como la ley establece que dentro de los dos años se tendrá que revalorar, la revaloración puede ser en 6 meses, un año, año y medio, y a los dos años como máximo se tiene que revalorar el caso.

Puede llegar a ocurrir que a una persona que se le hace un dictamen temporal por dos años y al año la persona está tan bien que regresa a trabajar, entonces afiliación detecta que ya reanuda labores y le mandan el aviso a Salud en el Trabajo diciéndole que la persona ya está trabajando, entonces lo valoran antes de tiempo y se le hace su dictamen antes de que concluyan los dos años, pero es poco frecuente, lo frecuente es que al término de los dos años a una parte importante de los trabajadores se le tenga que hacer un dictamen definitivo porque su salud se sigue deteriorando.

Dictámenes manuales y dictámenes electrónicos.

En 2006, nació el modo electrónico y conforme ha ido pasando el tiempo se ha incrementado la productividad del modo electrónico, ya se alcanza una mayor cobertura.

No hay alguna diferencia entre hacerlo manual y electrónico, no hay repercusión en alguna prestación para los trabajadores. La única ventaja para el trabajador es que por el sistema electrónico fluye la información más rápido que en el manual.

La diferencia se da porque no todas las unidades tienen sistema.

Cuando se crea una unidad, conocida como de nueva creación, empieza a funcionar y todavía no tiene un sistema electrónico implementado.

Los dictámenes manuales se hacen en una computadora, el médico de Salud en el Trabajo los imprimen, los firman con su firma autógrafa y los mandan a la cadena de autorización establecida.

Pensión definitiva

- Un trabajador que ingreso a cotizar en el Instituto antes de la reforma del 97, va a tener oportunidad de elegir régimen, por Ley de 1973 o por Ley de 1997.
- Un trabajador que entró después del 1 de julio del 97, no tiene elección, solamente tiene oportunidad de elegir por Ley 1997.

Pensión definitiva bajo la ley de 1973. No existen montos constitutivos ni sumas aseguradas.

Pensión definitiva bajo la ley de 1997. Existen montos constitutivos y sumas aseguradas.

Cuando tiene una resolución de pensión se forma ese monto constitutivo.

Monto constitutivo. Se forma de la cuenta individual y la suma asegurada que tiene que poner el Instituto. Este monto constitutivo depende de varios factores como la edad del trabajador, del número de beneficiarios potenciales que pudiera tener, de algún porcentaje de tasa de interés que esté en su cuenta individual.

Suma asegurada. Cantidad que se le tiene que pagar a una asegurada privada para que pague la pensión en forma vitalicia al trabajador.

Un pensionado por invalidez ¿puede trabajar?

La definición que se encuentra en la LSS es más bien en términos económicos, pero en la Ley se establece que el trabajador puede conservar su pensión y trabajar en otra cosa, independientemente de que gane más o menos, siempre y cuando no sean las mismas actividades.

Ejemplo.

Si una persona se invalida siendo chofer y regresa a trabajar como chofer en cualquier otra empresa, entonces si se suspendería la pensión.

Si una persona se invalida siendo chofer y regresa a trabajar como jefe de almacén u otra actividad que no tenga que cubrir las mismas actividades que venía cubriendo, puede conservar su pensión y tener otra vez trabajo.

Conservación de derechos para el ramo de invalidez: hasta una cuarta parte del tiempo que estuvieron cotizando de forma continua.

Existe un número importante de trabajadores que ya no están vigentes y que tienen conservación de derechos. Ellos no generan días de incapacidad porque están dados de baja para tener derecho a la atención médica, es decir ya perdieron la relación laboral y ya pasaron las 8 semanas a las que tienen derecho de atención médica. Pero si pueden solicitar una pensión.

1. Llegan a prestaciones económicas solicitan la pensión por invalidez, ellos le explican que para que se les otorgue una pensión de invalidez, necesitan saber si están inválidos o no.
2. Pasan con su médico familiar, éste revisa los expedientes.
3. Si está completo pasa a medicina del trabajo.
4. Si no está completo integra el expediente, y ya una vez integrado lo pasa a Salud en el Trabajo.
5. Salud en el Trabajo vuelve a valorar, y ahí ya se determina si requiere más estudios o no, si ya no requiere se determina si es invalido o no, y manda su dictamen de manera normal.

Mientras se les estudia no tienen derecho ni a la prestación médica ni a tratamientos, solamente a valoraciones y estudios para revisarlo y determinar si presenta o no un estado de invalidez.

Monitoreo de los incapacitados.

Las estrategias de monitoreo han ido cambiando a través del tiempo, antes se hacía un corte a los 90 días, todos los casos que rebasaban 90 días se revisaban para ver si tenían posibilidades de recuperarse y, sino, para que los enviaran a hacer un dictamen de invalidez.

Hubo una época en el instituto en donde se veía el tratamiento y si se estimaba que iba durar mucho tiempo, se hacía un dictamen de invalidez temporal, al término se veía si ya se había recuperado y entonces le hacían uno de no invalidez, y, si no, le hacían el definitivo o se le daba otro dictamen temporal, porque la ley lo permite.

Hay un Sistema que se llama *Sistema de Control de Incapacidades* en donde se registran las incapacidades que se van otorgando a cada asegurado en forma continua y asociada a algún diagnóstico. Este sistema permite ver el

número de días de incapacidad que lleva acumulado una persona, entonces por programa de contención Sí se revisan periódicamente.

El COCOITT, que es grupo de personas en donde interviene Salud en el Trabajo, el departamento jurídico, prestaciones médicas, es decir, diferentes áreas del instituto, si están en determinado momento monitoreando esta herramienta. Ellos llevan un registro de aquéllos que tengan más de 200 días incapacitados.

Los 200 días pueden ser un indicador para que se revise el caso y así conocer la razón de porque tiene tantos días incapacitado, entre las razones posibles son:

- a) Saber si el diagnostico corresponde con los días acumulados.
- b) Si la enfermedad se complicó.
- c) Si no hay apego al tratamiento.
- d) Si existe otra situación que este condicionando que se sigan otorgando días de incapacidad.

El comité discute ciertos casos de personas incapacitadas, es del Instituto, es un equipo multidisciplinario, en donde participan varias áreas que aportan su conocimiento para resolver los casos que se presentan, puesto que tiene facultades para revisarlos.

Salud en el Trabajo participa en ese comité asesorando en relación a las alternativas que pudieran ofrecérsele a un trabajador, o sea él puede decir este caso ya no tiene posibilidades de recuperación hay que enviarlo a Salud en el Trabajo para valorar un estado de invalidez.

Atención médica participa diciendo hay que operarlo, hay que hacerle algún estudio.

Jurídico también participa desde el punto de vista legal para decir este caso no reúne semanas de cotización, es una afiliación cuyo patrón no existe, es un registro fraudulento o alguna otra situación.

Todos en conjunto emiten una recomendación de lo que se debe de hacer. Hay un presidente del comité, hay un secretario. Salud en el Trabajo funciona como asesor del comité o como secretario del comité, normalmente no es quien lo preside. Regularmente lo preside el jefe de prestaciones médicas en las delegaciones y así depende del nivel.

Capítulo VIII. Análisis final de las preguntas, los objetivos y las hipótesis de la investigación

En este capítulo se responden a las preguntas de investigación, se analiza si se llevaron a cabo cada uno de los objetivos planteados en la investigación y se conoce si las hipótesis fueron aceptadas o rechazadas.

8.1 Preguntas de la investigación

Cuantitativas

En los años 2006 – 2013 ¿Con que frecuencia los asegurados que padecen cáncer son incapacitados temporalmente para el trabajo un periodo de 52 semanas adicionales con una prórroga mayor a 26 semanas?

En el análisis que se realizó a la información de la BDI se encontraron 236 casos de asegurados incapacitados por cáncer registrados (AICR) por más de 78 semanas, desde el año 2006 hasta el año 2013. Esto resultó y se mostró en la tabla 6.1 y en la gráfica 6.1 del capítulo VI.

En relación al género de los AICR con más de 78 semanas de incapacidad acumulada, el 55% se presentó en el género masculino. Sin embargo, en el análisis transitorio se encontró que en 2006, 2007, 2009 hubo más casos de hombres. En 2008 y desde 2010 hasta 2013 las que tuvieron mayor frecuencia fueron las mujeres. Esto resultó y se mostró en la en la gráfica 6.10 y 6.12 del capítulo VI.

Desde 2006 hasta 2009 ocurrió un aumento de frecuencia en los asegurados con más de 78 semanas de incapacidad por el cáncer, en el primer año mencionado hubo 40 asegurados y ascendió a 55 asegurados en 2009. Sin embargo, desde 2010 a 2013 la frecuencia tuvo una tendencia a la baja hasta que llegó a 1 AICR en 2013. Esto resultó y se mostró en la tabla 6.1 y en la gráfica 6.1 del capítulo VI.

El grupo de neoplasias malignas C15 – C26 es en el que se dio la frecuencia más alta de AICR con incapacidades mayores a 78 semanas, en relación a

todo el tiempo estudiado. En referencia a cada año de análisis, el C81 – C96 tuvo más frecuencia de AICR en 2006, 2007 y 2010; el C50 – C50 tuvo mayor frecuencia en 2008, 2011 y 2013; el C15 – C26 tuvo mayor frecuencia en 2009, 2010, 2011, 2012. Se repitieron los años 2010 y 2011 porque en ellos se suscitaron el mismo número de casos en dos grupos de neoplasias malignas. Esto resultó y se mostró en la en la tabla 6.6 y en la gráfica 6.10 del capítulo VI.

En relación a los resultados de la población total, el grupo de neoplasias malignas C50 – C50 es en el que se suscitaron más casos de incapacidades por cáncer en cada año analizado y en todo el tiempo estudiado. Esto resultó y se mostró en la gráfica 6.9 del capítulo VI.

El estado de invalidez que más padecieron los AICR con más de 78 semanas de incapacidad acumulada fue la invalidez temporal, debido a que en los grupos de neoplasias malignas con incidencias altas se presentaron más casos de invalidez temporal que definitiva. Sin embargo, en los grupos de neoplasias malignas con incidencias medias y bajas la invalidez definitiva fue la que tuvo mayor incidencia de AICR. Esto resultó y se mostró en la gráfica 6.15, 6.24 del capítulo VI.

Durante el análisis transitorio de los estados de invalidez se encontró que desde 2006 hasta 2008 la invalidez que más se suscitó entre los AICR con más de 78 semanas de incapacidad acumulada fue la invalidez temporal. Sin embargo, desde 2009 hasta 2012 fue la invalidez definitiva, y en 2013 no se presentaron casos de invalidez. Esto resultó y se mostró en la gráfica 6.15 del capítulo VI.

Los AICR con más de 78 semanas de incapacidad acumulada tenían una tasa de ocurrencia de invalidez mayor al 52% en promedio, es decir, sin especificar grupos de neoplasias malignas o tipos de cáncer. Sin embargo, hubo dos grupos en los que no se presentaron casos de invalidez y 5 grupos en los que se presentaron casos con invalidez por debajo de la media. Esto resultó y se mostró en la gráfica 6.17 y 6.20 del capítulo VI.

A los AICR que se les determinó invalidez ocurrió, en su mayoría, durante las primeras 26 semanas de incapacidad y a otra parte considerable de AICR se les determinó de las 27 a las 52 semanas de incapacidad. Menos del 1.2% del total de cada grupo de neoplasias malignas fue determinado con invalidez después de las 78 semanas de incapacidad. Esto resultó y se mostró en la gráfica 6.22 del capítulo VI.

Los cinco tipos de cáncer en donde ocurrió mayor incidencia de AICR con más de 78 semanas de incapacidad acumulada fueron el tumor maligno de la mama, el tumor maligno del colon, el Linfoma no Hodgkin, el Tumor maligno del Hueso y del cartílago y el tumor maligno del encéfalo. En ellos ocurrieron 92 casos, que corresponde al 39% del total de los casos. Estos tipos de cáncer corresponden a grupos de neoplasias malignas distintos. Esto resultó y se mostró en la gráfica 6.25 del capítulo VI.

La mayoría de los AICR se encuentran dentro del rango de 41 – 50 años y el segundo rango representativo es de los 51 – 60 años. En ellos se concentran el 58% del total de los asegurados. Además, en el grupo de edad 31 – 40 también se encuentra una alta proporción de AICR, el 21%. Esto resultó y se mostró en la tabla 6.8 del capítulo VI.

Las mujeres de la población total de AICR son mayoría en los grupos de edad de 31 – 40 y de 41 – 50 años, y los hombres en el grupo de edad de los 51 – 60 años. Esto resultó y se mostró en la tabla 6.28 del capítulo VI.

En los incapacitados que pasaron las 78 semanas de incapacidad acumulada, el rango de edad con más número de asegurados es de los 51 – 60 años, el segundo rango representativo es de los 41 – 50 años y el tercer rango es de los 31 – 40 años, en cada uno se suscitaron el 28%, 26% y 24% del total de los AICR > 78, en conjunto suman un 78%. Esto resultó y se mostró en la tabla 6.8 del capítulo VI.

En relación a las mujeres AICR > 78, ellas son mayoría en el grupo de edad de 41 – 50 años, y los hombres en los grupos de edad de los 31 – 40 y de los 51 – 60 años. Esto resultó y se mostró en la gráfica 6.27 del capítulo VI.

El 76% de los *AICR con incapacidades mayores a 78 semanas* se encuentran dentro del grupo de salario 1 – 5 salarios mínimos diarios. Esto resultó y se mostró en la tabla 6.9.

Cualitativas

Los asegurados que padecen cáncer y que han estado incapacitados temporalmente para el trabajo un periodo de 52 semanas adicionales con una prórroga mayor a 26 semanas ¿acceden a una prestación económica por el ramo de invalidez?

La respuesta a esta pregunta es emitida en el análisis de la H₂.

8.2 Objetivos de la Investigación

Los objetivos generales y específicos de la investigación se cumplieron oportunamente, a través del análisis a las bases de datos de la Coordinación de Prestaciones Económicas de IMSS y del análisis a las Disposiciones Jurídicas Mexicanas que se realiza y al convenio 128 de la OIT.

Se realizaron cinco entrevistas a expertos en el tema de prestaciones de la Ley del Seguro Social y de invalidez por cáncer. La primera entrevista se realizó el 10 de septiembre de 2014, en la Coordinación de Prestaciones Económicas, sin embargo, no se obtuvo la autorización para que fuese publicada en esta tesis.

Posteriormente, el 15 junio de 2015 se le aplicó una entrevista a un médico especialista en cáncer de colón, el Dr. Elvis M. Flores Becerra, quién dio una amplia explicación sobre la enfermedad del cáncer y la repercusión que puede tener en los asegurados al momento de padecerla, con ello se conoció si éstos pueden trabajar mientras se encuentren recibiendo tratamiento médico, si su recuperación se hace en un corto periodo corto o en un periodo largo, entre otros temas tratados. No obstante, se decidió que no se colocaría la entrevista dentro de la tesis, porque a la vez se requería el contenido de la entrevista a la Coordinación de Prestaciones Médicas.

La entrevista del Dr. Flores fue la referencia para conocer la página de MD Guidelines²⁷, qué sirvió para mejorar el contenido del capítulo del cáncer y dar otras referencias respecto de la enfermedad, como del concepto, diagnóstico y pronóstico, rehabilitación y directrices de recuperación de un paciente con incapacidades para el trabajo.

El 15 de junio de 2015 también se le aplicó una entrevista informal sin autorización para su publicación, a un Médico de Salud en el Trabajo del IMSS, quién argumentó que la patología del enfermo es lo más importante para enviar a un asegurado incapacitado a Salud en el Trabajo, además indicó que se realiza monitoreo constante a aquéllos que sobrepasan de los 200 días incapacitados.

Después se quiso ahondar en el tema de invalidez, por tanto, en julio de 2015 se acudió al área de Invalidez en el Edificio de Salud en el Trabajo ubicado

²⁷ La página de MD Guidelines la utilizan pacientes, médicos, hospitales, personas relacionados con el área de salud, muestra una amplia explicación de enfermedades, en donde se incluye la incapacidad que puede sufrir la persona que lo padece, así como las causas que la originan y estadística relacionada.

en el Centro Médico Nacional Siglo XXI, en donde se entrevistó al Jefe de Invalidez, quién explicó el tema del monitoreo a los asegurados incapacitados y enfatizó en la explicación del proceso que se hace desde que un asegurado en el RO de la LSS tiene incapacidades hasta que llega a tener Invalidez.

Por último, el 23 de noviembre de 2015, se aplicó una entrevista de manera informal a un colaborador de la Coordinación de Prestaciones Económicas, a quién se le cuestionó exclusivamente sobre si los asegurados con más de 78 semanas de incapacidad acumulada reciben una prestación económica después de las 78 semanas de incapacidad y si les otorgan CITT para amparar sus incapacidades posteriores a las 78 semanas de incapacidad. Las respuestas permitieron conocer lo que se realiza en la práctica en el IMSS con respecto a ambos temas. Con respecto a esta entrevista, tampoco se cuenta con una carta de anuencia para conservarla en la tesis.

8.3 Hipótesis de la investigación

H₁. Los asegurados que padecen cáncer pueden llegar a estar incapacitados por más de 78 semanas.

De acuerdo al análisis de la BDI, se encontró que 31, 598 asegurados estuvieron enfermos de cáncer e incapacitados, pero no todos llegaron a las 78 semanas de incapacidad acumulada, solo el 0.75% del total mencionado. Por lo tanto, se encontraron 236 asegurados que acumularon incapacidades por más de 78 semanas desde el año 2006 hasta el año 2013. Esto significa que si se acepta la H₁.

Sin embargo, la frecuencia ha ido disminuyendo a través de los años, el 2009 fue el año en donde hubo más asegurados con incapacidades mayores a 78 semanas, 55 en total. En 2013, solo se encontró un asegurado con incapacidades prolongadas hasta mencionado periodo.

El monitoreo de las incapacidades que se hace a través del COCOITT, desde finales del año 2008, tanto en los ámbitos Operativos, UMAE, Normativo y Delegacional, en donde comienzan con el monitoreo de los asegurados a partir de que tienen 200 días de incapacidad (28.5 semanas) en adelante, para conocer las causas médicas y no médicas de dicho plazo, ha influido en la disminución de casos con más de 78 semanas de incapacidad que se dio desde el 2009. Porque

su trabajo implica que la prescripción de las incapacidades se haga de manera eficiente y, por lo tanto, no se otorgan incapacidades que no son necesarias.

En relación a lo anterior, en el *“Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social del periodo 2014 – 2015”* se menciona que durante 2014 se reforzaron las medidas para evitar abusos en la prescripción de los días subsidiados de incapacidad a través de diversas acciones como el monitoreo del otorgamiento de los días subsidiados de acuerdo al tipo de padecimiento; se fortaleció el uso de la incapacidad electrónica para mejorar el control del origen del subsidio (padecimiento); se revisaron y actualizaron los criterios médicos para el otorgamiento de los CITT y se les comunicó a los médicos sobre los criterios aceptados para que los días de incapacidad otorgados estén acordes con el padecimiento, aunque se respeta el criterio del médico tratante; otra acción realizada fue la aplicación de programas de usuario simulado para identificar funcionarios que realizaban acciones indebidas durante el otorgamiento de las prestaciones del Seguro de Enfermedades y Maternidad (IMSS, 2015b, pp. 97 – 98).

En cada año, los asegurados que padecieron y fueron incapacitados por cáncer sufrieron más de 200 tipos de neoplasias malignas, pero solo los asegurados que tuvieron más de 78 semanas de incapacidad acumulada padecieron alrededor de 61 tipos de cáncer en los ocho años de análisis, de los cuales en 32 tipos de neoplasias malignas solo se presentó un caso de asegurado incapacitado en cada uno.

En relación al total de los asegurados incapacitados por cáncer, el 19.4% fue determinado con invalidez. Sin embargo, al dividir el total de asegurados en grupos de semanas de incapacidad se percibió que entre más tiempo un asegurado estuviese incapacitado mayor era la tasa de ocurrencia de invalidez, aunque el incremento también dependió del tipo de cáncer que padeció el AICR.

Los asegurados con más de 78 semanas incapacitados temporalmente para el trabajo, fueron dictaminados, en su mayoría, con invalidez temporal, muy seguida de la invalidez definitiva. Esto se debe a que tres grupos de incidencia alta se encontraron dentro de las incidencias en invalidez temporal.

En la mayoría de los grupos de neoplasias malignas (10 grupos de 15 que son en total), los asegurados que pasaron de las 78 semanas de incapacidad, tenían una tasa de probabilidad de ocurrencia de invalidez mayor al 50%. El grupo

C30 – C39, que son los tumores malignos de los órganos respiratorios, tuvieron una probabilidad de ocurrencia de invalidez del 80%.

No obstante, si pertenecieron a los grupos C76 – C80 (tumores malignos de sitios mal definidos, secundarios y no específicos) y C97 – C97 (tumores malignos independientes de sitios múltiples) no presentaron invalidez. Los grupos C51 – C58, C60 – C63 y C69 – C72, que son los tumores malignos de los órganos sexuales femeninos y masculinos, y los tumores malignos de los ojos, el cerebro y otras partes del sistema nervioso central, respectivamente, presentaron entre un 31% y un 46% de tasa de ocurrencia de invalidez.

El tipo de cáncer con mayor número de asegurados incapacitados acumulados fue el C509, el tumor maligno de la mama, también fue la enfermedad en la que se encontraron más asegurados con 78 semanas de incapacidad y tuvo más de casos con detección de invalidez definitiva

El promedio de semanas de incapacidad acumulada que requirieron los asegurados que pasaron de las 78 semanas de incapacidad, estuvieron entre las 82 y las 93 semanas, dependiendo del tipo de cáncer que padecieron. Los grupos de neoplasias malignas en donde se necesitaron más semanas de incapacidad acumulada fueron el C64 – C68 (tumores malignos del tracto urinario), C73 – C75 (tumores malignos de la tiroides y glándulas endocrinas) y C97 – C97 (tumores malignos independientes de sitios no específicos).

H2. A los asegurados que padecen cáncer y que llegan a tener más de 78 semanas de incapacidad temporal para el trabajo se les otorga una prestación económica con cargo al Seguro de Invalidez y Vida durante las últimas 26 semanas a las que tienen derecho de prestaciones en especie en el ramo de Enfermedades.

Debido a que no se logró entrevistar a los 236 asegurados que tuvieron más de 78 semanas de incapacidad acumulada porque no se conocen sus datos personales, como dirección, teléfono o correo electrónico, para contactarlos y preguntarles si recibieron una prestación económica después de las 78 semanas que estuvieron incapacitados, entonces se procedió a analizar el segundo criterio para el otorgamiento de la pensión de invalidez temporal.

Interpretación auténtica del segundo criterio de otorgamiento de la pensión de invalidez temporal

Partiendo del concepto de pensión temporal encontrado en el artículo 121 de la LSS, se pueden distinguir dos criterios para su otorgamiento.

- A. *Se otorga en los casos de existir posibilidad de recuperación para el trabajo, es decir, cuando el asegurado presenta un estado de invalidez temporal.*
- B. *Se otorga cuando por la continuación de una enfermedad no profesional se termina el disfruta del subsidio y la enfermedad persiste.*

En el primer criterio se atiende al fin particular del ramo de Invalidez, que es otorgarle al asegurado que se encuentra en estado de invalidez una prestación en dinero. A continuación, se menciona la definición del estado de invalidez temporal:

*Existe invalidez cuando el asegurado se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al 50% de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesionales. **Sin embargo, el asegurado tiene la posibilidad de mejoría o recuperación de las capacidades físico funcionales para el trabajo remunerado** (Definición 5.32 de la Norma que establece las disposiciones para determinar y declarar el estado de invalidez).*

La definición no menciona que el asegurado, antes de que se le evaluara por invalidez, tuviese que haber estado un periodo de tiempo específico con incapacidades, por lo tanto, en cualquier momento, el asegurado puede ser enviado a Salud en el Trabajo para evaluarlo y así poder determinarle un estado de invalidez.

El Jefe de Invalidez de la Coordinación de Salud en el Trabajo ubicada en el Centro Médico Nacional Siglo XXI señaló lo siguiente en su entrevista:

Entrevista 4 del capítulo VII (7.4). Introducción. Numerales 11 y 12.

11. "En algún momento del tratamiento que se le esté aplicando al trabajador, se puede determinar que ya no va a recuperar su capacidad para desempeñar su trabajo.

La determinación la hará el médico tratante, cuando medicamento no tenga más que ofrecerle y que no pueda curarse o rehabilitarse a corto plazo.

12. Cuando lo anterior sea determinado se enviará a Salud en el Trabajo de su unidad médica familiar para valorar un posible estado de invalidez.

No existe un número de días de incapacidad determinado que se tengan que cubrir para que pase a invalidez, es de acuerdo a la individualización de cada caso y de la posibilidad que tengan de ofrecerle algún tratamiento o cirugía que le permita recuperar su capacidad de trabajo”.

El segundo criterio hace referencia a la terminación del disfrute del subsidio que se otorga en el seguro de enfermedades y maternidad. El subsidio se otorga por 52 semanas más una prórroga de hasta 26 semanas, lo anterior corresponde a las prestaciones económicas otorgadas dentro de ese seguro, no obstante, las prestaciones médicas se pueden otorgar por 52 semanas más una prórroga de hasta 52 semanas más.

A continuación, se analiza la Ley del Seguro Social de 1943 y su exposición de motivos, la Ley del Seguro Social de 1973 y su exposición de motivos, a fin de realizar una interpretación auténtica al segundo criterio de otorgamiento de la pensión de invalidez temporal, contemplando también lo señalado en el convenio 128 de la Organización Internacional del Trabajo.

I. Ley del Seguro Social de 1943

La primera Ley del Seguro Social se publicó en el diario oficial de la federación el 19 de enero de 1943, y se reformó parte de su contenido en nueve ocasiones hasta la publicación de la de LSS de 1973 (ver tabla 3.7).

Cuando fue publicada la LSS de 1943, en el seguro de enfermedades y maternidad se estipuló que el asegurado tenía derecho a recibir prestaciones médicas y un subsidio en dinero, cuando padeciere una enfermedad no profesional y estuviese incapacitado temporalmente para el trabajo, ambas prestaciones se otorgaban hasta por 26 semanas (artículo 51). Posteriormente, dicho artículo fue reformado el 31/12/1956 y se ampliaron los plazos del otorgamiento de ambas prestaciones a 52 semanas con la opción de adicionarles 26 semanas de prórroga a solicitud del asegurado y solo si se cumpliera alguna de tres condiciones:

1. *el enfermo pueda recuperar la salud y la capacidad para el trabajo en un plazo previsible,*
2. *el abandono del tratamiento probable agravare la enfermedad,*
3. *el abandono del tratamiento probable ocasionare un estado de invalidez.*

Estas condiciones constituyen la razón para establecer la prórroga en esta LSS de 1943, que incluye la posible recuperación de la salud del asegurado dentro del seguro de enfermedades y maternidad, sin tener que migrar a otro seguro, así como evitar que la enfermedad se agravare y se llegase a un estado de invalidez.

Tabla 8. 1 Reformas al contenido de la LSS de 1943 hasta la publicación de la LSS de 1973.

Fecha de publicación	Secretaría que publicó	Denominación de la Reforma
12/03/1973	STPS	LEY del Seguro Social.
31/12/1970	SHCP	REFORMAS a la LSS.
31/12/1965	SHCP	DECRETO que reforma los artículos 8o., 63, 64, 94 y 95 de la LSS.
31/12/1959	SHCP	DECRETO que reforma la LSS.
31/12/1956	SE	DECRETO que reforma diversos artículos de la LSS.
28/02/1949	SE	DECRETO que modifica la LSS.
31/12/1947	SE	DECRETO que reforma varios Artículos de la LSS.
04/08/1945	STPS	DECRETO que reforma el artículo 112 de la LSS.
11/04/1945	SHCP	DECRETO que reforma el artículo 112 de la LSS.
24/11/1944	STPS	DECRETO que reforma el artículo 135 de la LSS.
19/01/1943	STPS	LEY del Seguro Social.

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida en el DOF. Donde STPS es Secretaría del Trabajo y Previsión Social, SHCP es Secretaría de Hacienda y Crédito Público y SE es Secretaría de Economía. Recuperado el 10 de diciembre de 2016 en: http://dof.gob.mx/website/busqueda_detalle.php

En relación a lo dispuesto en el seguro de invalidez, en el artículo 68 se definió al asegurado que sería considerado como inválido, sin embargo, en el contenido de dicho seguro no se hizo distinción entre invalidez de naturaleza permanente y temporal.

Art. 68. Para los efectos de este capítulo se considera inválido el asegurado que, por enfermedad o accidentes no profesionales, se halle incapacitado para procurarse, mediante un trabajo proporcionado a sus fuerzas, a sus capacidades, a su formación profesional y a su ocupación anterior, una remuneración equivalente, por lo menos, a un tercio de la remuneración habitual que en la misma región recibe un trabajador sano del mismo sexo, semejante capacidad, igual categoría y formación profesional análoga.

En la exposición de motivos de la LSS de 1943 se señaló que no se quiso exigir que el asegurado estuviese incapacitado de manera permanente, sino que cumpliera con lo señalado en el artículo 68. No obstante, en el artículo 87, se tenía mención del cese del otorgamiento de la pensión a los asegurados que se recuperasen para un trabajo sujeto al régimen del seguro social. Esto indica que, aunque se hubiese dictaminado invalidez, podían existir casos de recuperación. Lo anterior era comprobable a partir de los exámenes médicos que se realizaban a los pensionados de manera obligatoria (artículo 73).

El 31/12/1956 se reformó el artículo 68 y como parte de la modificación, se señaló que el asegurado tenía que tener la imposibilidad de percibir una remuneración superior al 50% de la remuneración habitual, a diferencia del

33.33% que se pedía antes de la reforma, para ser considerado inválido. Adicionalmente, se señalaron otros criterios para considerar a un asegurado como inválido, uno de ellos fue el encontrarse en un estado de invalidez permanente, sin embargo, dicho estado no era indispensable.

Reforma del 31/12/1956 a la LSS de 1943

Art. 68. Para los efectos de este capítulo se considera inválido el asegurado que, por enfermedad o accidentes no profesionales, por agotamiento de las fuerzas físicas o mentales o por defectos físicos o mentales padezca una afección o se encuentre en un estado que se pueda estimar de naturaleza permanente, por lo cual se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo proporcionado a sus fuerzas, a sus capacidades, a su formación profesional y ocupación anterior, una remuneración superior al 50% de la remuneración habitual que en la misma región reciba un trabajador sano del mismo sexo, semejante capacidad, igual categoría y formación profesional análoga.

Otro artículo reformado fue el artículo 73, en donde ampliaron las investigaciones que se realizaban al inválido para comprobarle la existencia o subsistencia del estado de invalidez a un enfoque tanto médico como económico.

II. Ley del Seguro Social de 1973

En la exposición de motivos de la LSS de 1973 se estableció que, para evitar que quedasen desprotegidos los asegurados incapacitados para el trabajo que no cumplían con los periodos de espera indispensables para el otorgamiento de prestaciones del ramo de invalidez, ampliaron la prórroga de otorgamiento de prestaciones médicas hasta por 52 semanas y, con ello, permitían que estos asegurados pudiesen tener la posibilidad de recuperarse de su enfermedad con las 26 semanas adicionales.

Exposición de motivos de la LSS de 1973. Seguro de Enfermedades y Maternidad.

Se extiende a 52 semanas, en lugar de 26, la prórroga al asegurado que continúe enfermo después de un año de tratamiento para seguir recibiendo servicios médicos. Esta disposición favorece a los asegurados que no cumplen el periodo de espera requerido para tener derecho de invalidez y se amplía al enfermo la posibilidad de recuperar la salud y la capacidad para el trabajo.

Esta fuente formal, permite conocer el criterio y la razón del legislador para la ampliación de la prórroga de prestaciones médicas, que era la recuperación de los asegurados, sin embargo, no contempló las prestaciones económicas.

En la LSS de 1973 si se distinguió entre invalidez permanente e invalidez temporal, al diferenciar el otorgamiento de la prestación económica al inválido, que se haría como pensión temporal o definitiva. La conceptualización de ambas pensiones continúa sin cambios en la LSS vigente en su artículo 121.

La pensión de invalidez temporal se estableció para otorgarse al asegurado que padeciera una enfermedad no profesional y que tuviese posibilidades de recuperarse o que se le terminase el disfrute del subsidio y la enfermedad persistiera.

Si nos enfocamos en que amplió la prórroga de prestaciones médicas para evitar dejar desprotegidos a aquéllos asegurados que no cumplían con los periodos de espera establecidos en el ramo de invalidez, entonces su enfoque del segundo criterio es enviar a invalidez temporal a todos aquéllos asegurados que llegasen a las 78 semanas de incapacidad y si cumplen con los periodos de espera, con ello, estas personas obtienen las prestaciones médicas y económicas del ramo de invalidez.

El segundo criterio coincide con lo indicado en el convenio 128 de la Organización Internacional del Trabajo, cuya publicación se generó tres años antes de la publicación de la LSS de 1973.

III. Convenio 128 de la OIT

El 29 de junio de 1967 se adoptó el convenio 128²⁸ en la OIT, durante la 51 reunión de la Conferencia General de la OIT, y entró en vigor el 1 de noviembre de 1969. El convenio 128 es relativo a las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes y se conforma de 53 artículos.

En su parte II se establecen las prestaciones por invalidez que deben otorgar los miembros que la ratifiquen, así como los lineamientos que deben de seguir. Esta parte abarca los artículos 7 al 13. Sin embargo, solo se hará hincapié en el artículo 7 y 8.

En el artículo 7 se establece que el país miembro que tenga ratificada la parte II del convenio, debe otorgar las prestaciones de invalidez ahí señaladas y en el artículo 8 se define a la invalidez como la incapacidad para ejercer una actividad lucrativa cualquiera, en un grado prescrito, que se puede presentar de dos maneras:

- a. *cuando sea probable que esta incapacidad sea permanente o*
- b. *cuando subsista a la terminación de un período prescrito de incapacidad temporal o inicial.*

²⁸ Convenio 128 de la OIT. Recuperado el 29 de enero de 2017 de: http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C128

Artículo 7

Todo Miembro para el cual esté en vigor la presente parte del Convenio deberá garantizar a las personas protegidas la concesión de prestaciones de invalidez, de conformidad con los artículos siguientes de esta parte.

Artículo 8

La contingencia cubierta deberá comprender la incapacidad para ejercer una actividad lucrativa cualquiera, en un grado prescrito, cuando sea probable que esta incapacidad sea permanente o cuando subsista a la terminación de un período prescrito de incapacidad temporal o inicial.

La segunda manera de presentarse la invalidez, y la cual debe ser una contingencia cubierta con prestaciones, coincide con el segundo criterio del artículo 121 de la LSS vigente, en donde se debe otorgar la pensión temporal al término del disfrute del subsidio, mientras persista la enfermedad.

México no ha ratificado dicho convenio, sin embargo, es perceptible que si se ha considerado lo establecido en la parte II.

IV. Análisis de los enfoques obtenidos

Del análisis de las LSS de 1943, LSS de 1973 y sus exposiciones de motivos, y del convenio 128 de la OIT, se obtuvieron dos enfoques:

- A. Los asegurados que llegan a las 78 semanas con incapacidades temporales para el trabajo y no cumplen con los periodos de espera del ramo de Invalidez, tienen derecho a recibir prestaciones en especie en el ramo de enfermedades hasta por 26 semanas más, sin percibir prestación económica.
- B. Los asegurados que llegan a las 78 semanas con incapacidades temporales para el trabajo y cumplen con los periodos de espera del ramo de invalidez, tienen que recibir una pensión de invalidez temporal.

Sin embargo, la recepción de la pensión de invalidez temporal está condicionada por la LSS. La pensión de invalidez temporal es una prestación económica a la que tiene derecho el asegurado que se encuentre en un estado de invalidez (LSS, art. 120, numeral I). El estado de invalidez lo tiene que declarar el IMSS (LSS, art. 119) mediante el dictamen médico correspondiente (RPM del IMSS, art. 37).

De acuerdo a lo señalado en el apartado 3.1.5 de esta tesis, el Dictamen de Invalidez tiene un proceso establecido para su elaboración y se encuentra

regulado por la *norma que establece las disposiciones para determinar y declarar el estado de invalidez*. En la cual se indica que primero se tiene que realizar un estudio médico integral actualizado del asegurado y con ello determinar la existencia o no del estado de invalidez temporal o definitivo (Disposición 5.16 y 7.4 de la), además se debe de determinar el porcentaje global de pérdida de la capacidad para el trabajo por medio de la evaluación de la deficiencia corporal y funcionalidad general, la evaluación de los factores de contexto y la evaluación de la capacidad para el trabajo.

Por lo tanto, el enfoque B no se puede cumplir, en todos los casos, en la práctica, debido a que en el IMSS se realiza un procedimiento complejo para la evaluación de la invalidez, y no existen excepciones a dicho procedimiento en la normatividad existente, para efecto de poder otorgar la pensión de invalidez temporal a todos aquéllos asegurados que lleguen a las 78 semanas de incapacidad y que cumplan con los periodos de espera, aunque no se encuentren en un estado de invalidez.

Otro aspecto importante a señalar es que en la LSS no se especifica que la prórroga de las 52 semanas para prestaciones en especie sea exclusivamente para aquéllos que no cumplen con los periodos de espera del ramo de invalidez, sino que puede otorgarse a los asegurados que lo requieran para continuar con su tratamiento, previo dictamen médico. No obstante, aquéllos que continúen con incapacidades después de las 78 semanas no van a recibir el subsidio en dinero del ramo de enfermedades y no pueden recibir la pensión de invalidez temporal, porque no se encuentran dictaminados con invalidez.

En relación a los resultados de la BDI, en promedio, solo al 50 % de los asegurados con más de 78 semanas de incapacidad se les determinó invalidez, es decir, que no todos los asegurados con dichas semanas de incapacidad acumuladas se encuentran en un estado de invalidez.

Por lo tanto,

los asegurados que llegan a las 78 semanas de incapacidad temporal para el trabajo, que no son evaluados y/o dictaminados con invalidez, no reciben una prestación económica en las semanas posteriores de incapacidad.

los asegurados que llegan a las 78 semanas de incapacidad temporal para el trabajo y cumplen con las semanas de espera del ramo de invalidez, deben ser declarados con invalidez temporal, para poder recibir la pensión de invalidez temporal.

Es decir, no todos los asegurados que llegan a las 78 semanas de incapacidad temporal para el trabajo reciben una prestación económica otorgada por el ramo de invalidez, afirmación que indica que la H₂ se rechaza.

El aspecto fundamental que quiso plasmar el legislador en el segundo criterio fue evitar que el asegurado quedase desprotegido económicamente al terminar las 78 semanas de incapacidad, mientras todavía continuase enfermo, a través del otorgamiento de la pensión de invalidez temporal. Que como ya se mencionó, es la misma intención de la OIT, al establecer en su artículo 8 que la contingencia debe ser cubierta cuando subsista a la terminación de un período prescrito de incapacidad temporal o inicial.

IV. A) Asegurados con más de 78 semanas de incapacidad y sin prestaciones económicas

En la exposición de motivos de la Ley del Seguro Social de 1943 se hace referencia a la preocupación del legislador de dejar desprotegido al trabajador que padece un riesgo social: *“ Siendo el salario la única fuente de la que los trabajadores obtienen los recursos indispensables para la subsistencia de ellos y la de sus familiares, todo hecho que implica pérdida o disminución del mismo causa a todos ellos perjuicios trascendentales...Si es cierto que no existe una forma capaz de impedir de un modo general y absoluto las consecuencias de los riesgos, si existe, en cambio, un medio para proteger el salario que coloca a la economía familiar a cubierto de las disminuciones que sufre como reflejo de las contingencias de la vida del trabajador. Ese medio es el Seguro Social, que al proteger el jornal aminora las penalidades de los casos de incapacidad, vejez y orfandad”*.

Es indispensable recordar las motivaciones que tuvieron Bismarck y Beveridge, para implantar los seguros sociales a partir de 1883 y la seguridad social en 1942. Los seguros sociales fungieron como primer intento de protección de los trabajadores para ofrecerles mejor bienestar, en particular de los más necesitados, a partir de los medios disponibles del Estado y la disminución de la miseria en la que vivía su población, con la intención de remediar las consecuencias de padecer un riesgo social en su clase productiva, a través del otorgamiento de prestaciones. Empero Beveridge tuvo la visión de proteger a toda la población inglesa y mejorar sus condiciones de penuria, consecuentes de la II Guerra Mundial, con ello pretendió prevenir la presencia de enfermedades y de miseria en su población.

En México, el Seguro Social nació con la intención de proteger al trabajador de situaciones inesperadas que le pudiesen ocurrir como los Riesgos Sociales, por medio del otorgamiento de prestaciones en especie y en dinero, con el fin de evitar que el asegurado sufra las consecuencias económicas de enfermarse, accidentarse, llegar a la vejez, fallecer y dejar a la familia desamparada. De acuerdo al análisis de la base de datos, el 80% de los asegurados incapacitados por padecer cáncer tienen entre 31 – 60 años, una edad productiva donde son parte del sustento de su familia. Es importante recordar que en las familias mexicanas solo hay un miembro que trabaja en el 45% de los casos y dos miembros que trabajan en el 31.3% de los casos, por lo tanto, el ingreso de una persona es indispensable para el bienestar de la familia. Además, en promedio, el 73% de los asegurados tienen un salario base de cotización de 1 a 5 salarios mínimos, que se traduce en una posible falta de ingresos para poder soportar todos los gastos que enfrenta cada día, si es una persona con una familia, esto los puede convertir en personas vulnerables por ingresos y en el peor de los casos en población con pobreza (ambos conceptos fueron tomados del glosario de la medición de pobreza del CONEVAL, 2014) (Fundamentado en el Capítulo de Resultados en las tablas 6.12, 6.13 y 6.14 y en las gráficas 6.32 y 6.33)

Si las personas que ganan menos de 5 salarios mínimos están propensas a caer en la pobreza, aunque reciban su salario íntegro, entonces se vuelven más vulnerables al no recibir una prestación económica durante el periodo en el que se encuentren enfermos.

En referencia al monto por concepto de prestaciones en dinero que debieron haber percibido los asegurados con más de 78 semanas de incapacidad por la enfermedad del cáncer en los 8 años de análisis, es de, aproximadamente, \$ 2,065,551. En cada año resultó un monto distinto, debido a que hay variabilidad en la frecuencia de AICR y en los días de incapacidad acumulados. El 2009 fue el año en donde hubo más AICR que pasaron las 78 semanas de incapacidad acumulada (fueron 55 asegurados), pero en 2007 fue el año en donde se dieron más días a todos los incapacitados (3,494 días), posteriores a las 78 semanas. Esto resultó y se mostró en la tabla 6.11. Dicha cantidad hubiese protegido íntegramente a todos los trabajadores incapacitados por cáncer en 8 años de análisis.

IV. B) Evaluación de invalidez a las 78 semanas de incapacidad acumulada

El asegurado tiene derecho a recibir atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria, desde que comienza su padecimiento y hasta por 52

semanas, y en caso de que continúen con la enfermedad se puede prorrogar dicha atención por otras 52 semanas, previo dictamen médico. Dicho periodo de tiempo solo aplica para los asegurados que padecen una enfermedad no profesional y que no tienen la capacidad de realizar sus actividades laborales cotidianas por adolecer de dicha enfermedad, además se encuentra fundamentado en los artículos 91 y 92 de la Ley del Seguro Social.

Que como ya se mencionó, el objetivo de la ampliación de la prórroga a 52 semanas es para *“favorecer a los asegurados que no cumplieran con el periodo de espera requerido para obtener la pensión de invalidez y ampliarle al enfermo la posibilidad de recuperar la salud y la capacidad para el trabajo”*, argumento señalado en la exposición de motivos de la Ley del Seguro Social de 1973. Es entonces que dicho periodo es parte esencial para la recuperación de la salud de algunos asegurados.

En el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS existe una contradicción respecto del periodo de tiempo que se señala en el artículo 91 y 92 de la LSS. En su artículo 150 párrafo I y II, se puede encontrar lo siguiente: *“cuando la enfermedad general incapacite al asegurado para su actividad laboral habitual, se le amparará el tiempo que amerite con certificados de incapacidad temporal para el trabajo desde uno a 28 días y hasta el límite de 52 semanas, para el mismo padecimiento...Se podrán expedir certificados de incapacidad temporal para el trabajo hasta por 26 semanas posteriores a las 52 semanas antes señaladas, que serán considerados como prórroga, previa revisión del paciente...”*.

Aunque en la Ley se haga alusión al periodo de otorgamiento de los servicios médicos que deben recibir los asegurados enfermos que no tienen la capacidad de realizar sus actividades laborales cotidianas y en el Reglamento se haga referencia a la expedición de los CITT, ambas situaciones se encuentran relacionadas, debido a que el asegurado necesita recibir certificados durante todo el tiempo en el que no tenga capacidad para trabajar, desde 1 día hasta las 104 semanas.

Los certificados de incapacidad temporal para el trabajo tienen implicaciones médicas, administrativas, económicas y legales, para el asegurado, el patrón y el Instituto. En los certificados se hace constar la incapacidad temporal para el trabajo del asegurado (RPM del IMSS, art. 138), éste debe presentarlos al patrón, para amparar su ausencia al trabajo durante los días en los que padezca tal condición. Cuando el asegurado ampare su ausencia al trabajo con este certificado, el patrón no puede considerar tal ausencia como una falta de

asistencia al trabajo y no formarán parte de las 3 faltas que se señalan en el artículo 47 de la LFT, fracción X, como una causa de rescisión de la relación laboral sin responsabilidad para el patrón. Además, el asegurado que se encuentre incapacitado temporalmente para el trabajo tampoco puede ser dado de baja del IMSS, mientras dure el estado de incapacidad, puesto que se encuentra protegido por el certificado médico (LSS, art. 21).

Un reglamento de Ley no puede ir en contra de las disposiciones que regula la Ley, en la tesis aislada denominada “Leyes y reglamentos, diferencia entre los” de la Segunda Sala Tomo LXXII de la Suprema Corte de Justicia de la Nación se establece que:

La Ley es una expresión de la voluntad nacional, manifestada mediante los Congresos, lo que no puede decirse de un reglamento, que es la expresión de la voluntad de los administradores o de los órganos del poder administrativo. Los reglamentos deben estar sujetos a una ley cuyos preceptos no pueden modificar; así como las leyes deben circunscribirse a la esfera que la Constitución les señala, la misma relación debe guardar el reglamento en relación con la Ley respectiva, según régimen constitucional...

De modo que si bien existen algunas relaciones entre el reglamento y la ley, no pueden tener ambos el mismo alcance, ni por razón del órgano que los expide, ni por razón de la materia que consignan, ni por la fuerza y autonomía que en sí tienen, ya que el reglamento tiene que estar necesariamente subordinado a la ley, de lo cual depende su validez, no pudiendo derogar, modificar, ampliar y restringir el contenido de la misma, ya que sólo tiene por objeto proveer a la exacta observancia las leyes que expide el Congreso de la Unión.

En el “Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social del periodo 2013 – 2014” (IMSS, 2014b) y en el “Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social del periodo 2014 – 2015” (IMSS, 2015b), en las páginas 87 y 98 del capítulo IV denominado Seguro de Invalidez y Vida, respectivamente; se estipula que las incapacidades temporales para el trabajo solo pueden durar hasta 52 semanas prorrogables por 26 semanas más, y si continua la incapacidad se dictaminará la pensión de invalidez temporal o

definitiva. A continuación, se menciona lo que se establece textualmente en el Informe 2014-2015:

Pág. 98

Cuando un trabajador tiene un accidente o una enfermedad no profesional que ocasione pérdida de facultades o aptitudes de una persona que lo imposibilite para desempeñar su trabajo, el IMSS cubrirá al asegurado un subsidio igual a 60% de su salario base de cotización, con cargo al Seguro de Enfermedades y Maternidad. Dicho subsidio se pagará a partir del cuarto día que ampare el certificado de incapacidad y por todo el tiempo que dure la imposibilidad para laborar, con un límite de 52 semanas posteriores al siniestro, prorrogables por 26 semanas más. En caso de continuar la incapacidad, se dictaminará la pensión temporal o definitiva.

Pág. 99 - 101

Si derivado de una nueva valoración del médico antes de transcurrido el plazo de hasta 78 semanas que puede durar el periodo de incapacidad temporal o a la conclusión de dicho plazo, se determina que el trabajador no recupera las condiciones que tenía antes del accidente o enfermedad, su condición se deberá dictaminar como permanente parcial o total y el trabajador tendrá derecho a una pensión. Dicha pensión tendrá carácter temporal por periodos renovables si se tiene la expectativa de mejora, o definitiva.

En ambos informes se señala que las incapacidades temporales para el trabajo solo pueden durar hasta 52 semanas prorrogables por 26 semanas más, transcurrido ese plazo y de continuar con el padecimiento se dictaminará la pensión de invalidez temporal o definitiva.

Por lo tanto,

el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS no debe ser limitativo en el periodo de otorgamiento de las incapacidades temporales para el trabajo por hasta 78 semanas y debe mencionar que se pueden otorgar los CITT hasta por 52 semanas adicionales con una prórroga de hasta 52 semanas más, aunque se señale que durante las últimas 26 semanas de prórroga no se tiene derecho a recibir el subsidio en dinero como prestación económica.

los informes y otros reportes que emita el IMSS, tampoco deben indicar que las incapacidades solo pueden durar hasta 78 semanas, pues es una afirmación contradictoria a la LSS.

Conclusiones

A los asegurados incapacitados por cáncer registrados en las bases de datos digitales del periodo 2006 – 2013 (AICR) se les prescribieron incapacidades por su médico tratante desde 1 día hasta por más de 78 semanas, esto indica, que si se encontró incidencia de asegurados después de las 78 semanas de incapacidad, en total fueron 236 asegurados desde el año 2006 hasta 2013.

A pesar de que la frecuencia de AICR tuvo un incremento en cada año analizado, la frecuencia de AICR con más de 78 semanas de incapacidad fue disminuyendo a partir de 2009. De acuerdo a la investigación, la razón principal de la disminución puede ser atribuida al control de incapacidades temporales para el trabajo que ejerce el COCOITT desde noviembre de 2008.

Además, se determinó que los asegurados con más de 78 semanas de incapacidad no reciben una prestación económica (establecida en el art. 121 de la LSS, segundo criterio de otorgamiento) con cargo al Seguro de Invalidez y Vida después de que se les termina el subsidio en dinero otorgado por el ramo de Enfermedades, es decir, quedan desprotegidos de una prestación económica hasta por 26 semanas, que es el periodo en el que pueden seguir recibiendo atención médica en el Seguro de Enfermedades y Maternidad. Esta afirmación no es posible comprobarse a través de los 236 asegurados mencionados porque no se puede acceder a ellos debido a que no se conocen sus datos personales y, por lo tanto, es imposible identificarlos, sin embargo, se demostró por medio de la interpretación que se hizo del segundo criterio.

Por medio de tal interpretación, se obtuvieron las siguientes afirmaciones:

- 1) Los asegurados que llegan a las 78 semanas de incapacidad temporal para el trabajo, que no son evaluados y/o dictaminados con invalidez no reciben una prestación económica en las semanas posteriores de incapacidad.
- 2) Los asegurados que llegan a las 78 semanas de incapacidad temporal para el trabajo y cumplen con los periodos de espera del ramo de invalidez, deben ser declarados con invalidez temporal, para poder recibir la pensión de invalidez temporal.

La prestación económica que deben recibir los asegurados las últimas 26 semanas de tratamiento médico se encuentra debidamente fundamentada en el artículo 121 de la LSS y fue establecida con el fin particular de evitar que tanto los asegurados como su familia pudieran ser afectados económicamente durante las 26 semanas mencionadas.

Las prestaciones en dinero son indispensables para cualquier persona, sin embargo, para los AICR representan la diferencia entre llegar a la pobreza y no hacerlo. Lo anterior se basa en que el 73% de los AICR que iniciaron sus incapacidades de 2006 a 2013, obtuvieron un salario base de cotización de hasta 5 salarios mínimos generales en el DF, importe relativamente bajo que propicia que una familia no disponga de recursos económicos necesarios para solventar un periodo sin ingresos por causa de un riesgo social biológico.

De hecho, las personas que tienen ingresos de 1 – 5 SMGDF pueden llegar a ser “*personas vulnerables por ingreso*” por no poder adquirir una canasta básica de alimentos y no poder pagar los bienes y servicios básicos que necesita su familia, en el peor de los casos pueden llegar a encontrarse en una situación de pobreza, esta información fue obtenida de acuerdo al análisis de la información de la CONEVAL en el capítulo de Resultados.

Además, la mitad de los asegurados con más de 78 semanas de incapacidad tienen entre 31 y 50 años, edades productivas en donde todavía se encuentran trabajando para sostener a sus familias.

Otro aspecto fundamental durante el otorgamiento de las incapacidades temporales para el trabajo del ramo de enfermedades es que los médicos tratantes del IMSS deben considerar que un asegurado tiene derecho a estar incapacitado hasta 104 semanas (art. 91 y 92 de la LSS). Por lo tanto, las normatividades del IMSS como su Reglamento de Prestaciones Médicas, no deben ser limitativos en el periodo de otorgamiento de los certificados de incapacidad temporal para el trabajo, debido a que en él se establece que solo se podrán expedir CITT hasta por 78 semanas, siendo que el asegurado tiene derecho a estas hasta 104 semanas con incapacidades, aunque no tengan derecho a subsidio en dinero en las últimas 26 semanas. En los informes al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión que emiten cada año, tampoco se debe indicar que las incapacidades pueden durar hasta 78 semanas, pues resulta contradictorio a lo establecido en la LSS.

Los AICR presentaron características distintas dependiendo del tipo de cáncer que padecían, por lo tanto, en cada grupo de neoplasias malignas se reflejan dichas particularidades. En lo que se refiere a la incidencia, en cinco grupos de neoplasias malignas se presentaron alrededor del 70% de los AICR totales, es decir, 7 de cada 10 AICR formaron parte de estos grupos, por lo que se les atribuyó el nombre de conjunto de incidencia alta. En otros cinco grupos de neoplasias malignas se concentraron el 21% de los AICR totales, es decir, 2 de cada 10 AICR formaron parte de estos grupos, por dicha razón se les denominó conjunto de incidencia media. En otros cinco grupos de neoplasias malignas incidieron el 9% de los AICR totales restantes, es decir 9 de cada 100 AICR padecieron los cánceres de dichos grupos, por lo anterior son los grupos del conjunto de incidencia baja.

Los grupos del conjunto de incidencia alta son los protagonistas en la mayoría de las características analizadas de los AICR, debido a que en ellos se encuentra la mayor parte de los AICR que: estuvieron incapacitados, a los que se les determinó invalidez y perpetuaron la invalidez temporal como el estado de invalidez con mayor frecuencia de AICR desde 2006 – 2013. Asimismo, en estos grupos se concentró el 80% del total de las mujeres AICR y el 60% del total de los hombres AICR y en tres grupos ocurrió un incremento de la tasa de tendencia por arriba del promedio. Además, en ellos se encuentran los cinco tipos de cáncer más padecidos en México, que son el cáncer de mama, el cáncer de próstata, el cáncer de útero, el cáncer del colon y recto, y el cáncer de pulmón.

En referencia al género predominante en los AICR se puede agregar que en general son los hombres, sin embargo, en el análisis transitorio se observó que fueron mayoría desde 2006 hasta 2011, las mujeres pasaron a ser mayoría a partir de 2012 y en 2013. Esto se debe a que dos grupos de neoplasias malignas de incidencia alta, los tumores malignos de la mama y los tumores malignos de los órganos sexuales femeninos, aumentaron su tendencia considerablemente y propiciaron que las mujeres encabezaran la frecuencia total por género.

El tipo de invalidez que más se determinó fue la invalidez temporal porque los AICR en los grupos de incidencia alta fueron los que más la padecieron, sin embargo, en la mayoría de los grupos de neoplasias malignas se tiene como mayoría la invalidez definitiva, por lo tanto, los tipos de cáncer que padecen los AICR no siempre son determinados con invalidez temporal como primera opción, sino que el deterioro de su estado salud en muchos casos es permanente.

En los grupos de incidencia alta se concentraron el mayor número de AICR con invalidez, debido a la alta frecuencia de los AICR que son parte de dichos

grupos, pero no en todos por su tasa de ocurrencia de invalidez. La tasa de ocurrencia de invalidez no se relaciona con la frecuencia que tiene cada grupo de neoplasia maligna, pero probablemente si se relaciona con las semanas de incapacidad acumulada de cada AICR y con el grupo de neoplasia maligna en el que se encuentran. Es decir, que aquél asegurado que tiene más semanas de incapacidad acumulada tiene una probabilidad de ocurrencia de invalidez más alta, esta probabilidad dependerá del tipo de cáncer que padece. La probabilidad de ocurrencia de invalidez en AICR con más de 78 semanas de incapacidad de manera general es del 52%, mientras que la probabilidad de ocurrencia de invalidez de los AICR totales es del 20%.

En relación a los AICR con más de 78 semanas de incapacidad, en los grupos de incidencia alta se concentran el 68% del total de estos asegurados, en los grupos de incidencia media el 19% del total y en los grupos de incidencia baja el 13% del total. Estos porcentajes muestran una similitud entre las características de los AICR como población total y los AICR como población con más de 78 semanas de incapacidad.

En los grupos de incidencia alta con AICR que tuvieron más de 78 semanas de incapacidad, también predominaron los hombres de manera general, sin embargo, durante el análisis de manera transitoria solamente incidieron en mayoría por cuatro años y las mujeres lo hicieron en otros cuatro años, este cambio se debió a que a partir de 2009 la frecuencia de estos asegurados disminuyó considerablemente, pero los tumores de la mama no dejaron de tener aseguradas que lo padecieran, sin embargo si hubo una disminución considerable de frecuencia en todos los grupos de neoplasias malignas.

Otra característica de género, es que en los grupos de incidencia media y baja, se encontró que las mujeres AICR, tanto con incapacidades menores a 78 semanas y con incapacidades mayores a 78 semanas, padecen en menor proporción que los hombres AICR, los tipos de cáncer que conforman los grupos de neoplasias malignas de los conjuntos aludidos.

En general, el cáncer es una enfermedad invasiva en la que una persona debe recibir atención médica de manera constante para tratar de erradicar la enfermedad desde los primeros estadíos clínicos, y así evitar que las células cancerosas o aberrantes pertenecientes al tejido de un órgano invadan otros órganos vitales y deterioren sus funciones.

La atención médica se traduce primero en diagnosticarle oportunamente el tipo de neoplasia maligna que padece la persona y, posteriormente, aplicarle

tratamientos oncológicos durante un determinado periodo de tiempo. Las personas que se encuentran recibiendo tratamientos como quimioterapias y radioterapias pueden llegar a sufrir síntomas que no le permitan tener capacidad para realizar un trabajo. Estas condiciones adversas que presentan algunas personas con cáncer y que están siendo tratadas para erradicar su enfermedad propician a que el médico del paciente enfermo le otorgue incapacidades temporales para el trabajo para sobreponerse de dicha situación hostil.

En ocasiones, los individuos presentan resistencia al fármaco que se encuentran consumiendo y pueden llegar a necesitar de otro tipo de medicamentos o tratamientos, o también pueden presentar metástasis, ambas situaciones extienden el periodo de tratamiento de la persona. Por lo tanto, los asegurados en el RO de la LSS que padecen cáncer pueden llegar a tener incapacidades temporales para el trabajo prolongadas, que deben ser cubiertas con prestaciones médicas y económicas con el mismo periodo de otorgamiento.

Propuesta de otorgamiento de prestaciones en dinero para el asegurado en el RO de la LSS durante su incapacidad temporal para el trabajo.

El artículo 96 de la LSS otorga el derecho a los asegurados en el RO de la LSS de recibir prestaciones en dinero en el ramo de Enfermedades durante 52 semanas adicionales a 26 semanas más de prórroga, sin embargo, para las prestaciones en especie se establece un periodo de 52 semanas adicionales con una prórroga de 52 semanas. En donde se quedan desprotegidos de una prestación económica por hasta 26 semanas. Sin embargo, el motivo del legislador de otorgar esta diferencia de semanas, fue para permitirle a aquéllos que no cumplen con los periodos de espera establecidos en el ramo de invalidez, su recuperación de la enfermedad que adolecen. No obstante, a los demás asegurados que llegasen a las 78 semanas, se les entregaría una pensión de invalidez temporal, situación que no sucede, debido a la sistematización de los procedimientos para determinar la invalidez que ya se encuentran regulados y fundamentados en la Ley del Seguro Social.

Por lo tanto, se propone que la prórroga de la prestación en dinero del ramo de Enfermedades se extienda al mismo número de semanas que se ofrecen en las prestaciones en especie, es decir, que en ambos casos se ofrezca la posibilidad de prorrogar la incapacidad temporal para el trabajo hasta por 52 semanas con derecho a ambas prestaciones, lo anterior evitaría dejar desprotegido económicamente al asegurado durante sus incapacidades temporales para el

trabajo, y le permitiría tener una correcta recuperación de salud, sin transgredir sus derechos de asegurado.

Las prestaciones en dinero en el periodo de prórroga se otorgarían con las mismas características ya existentes en la LSS y se concederían a los asegurados que cumplieren con los requisitos ya establecidos en dicha Ley.

Hasta 2013 todavía hubo AICR que, si necesitaron de las 52 semanas de prórroga de prestaciones en especie para continuar con su tratamiento médico, de hecho, hubo tipos de cáncer en donde se necesitaron de casi dos años para que el asegurado dejara de estar incapacitado temporalmente para el trabajo. Lo anterior no permite descartar la posibilidad de que, en años posteriores, los AICR continúen con la necesidad de tener incapacidades mayores a 78 semanas y, por lo tanto, debe atenderse la situación planteada para evitar dejar desprotegido al asegurado mientras se encuentre incapacitado.

El aumento de días subsidiados en el ramo de Enfermedades permitirá salvaguardar la seguridad económica de los asegurados y sus familias. El cálculo realizado en el capítulo de Resultados con respecto a la prestación económica que se debió pagar a los AICR durante sus incapacidades mayores a 78 semanas permitió conocer que dichas prestaciones no corresponden a una cantidad muy elevada, \$ 2,000,065 en 8 años de análisis, además se debe considerar que dicho monto se refiere a incapacitados por cáncer, que es una de las enfermedades crónicas más incidentes en el IMSS.

Fuentes de consulta

Libros, capítulos de libros y artículos científicos

1. Beveridge, W. (1942). *Plan Beveridge: El Seguro Social en Inglaterra* (Vicente Peris Trad.). Centro Interamericano de Estudios de Seguridad social.
2. Beveridge W. (1945). *El Seguro Social en la Gran Bretaña. Proposición presentada al Parlamento Británico por el Ministro de Reconstrucción, por orden del S. M. el Rey, en septiembre de 1944*. Ediciones Minerva.
3. Bowen, A. (1992). *Introducción a la seguridad social*. (3ª Ed.). Santiago de Chile: Editorial Jurídica de Chile, pp. 16, 17, 21, 36.
4. Buen, N. de (2007). El Sistema Laboral en México. En Kurczyn, P. (Coord.), *Panorama Internacional de Derecho Social. Culturas y Sistemas Jurídicos Comparados* (pp.125 - 141). México, DF: UNAM. Recuperado el 5 de agosto de 2015 de <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/libro.htm?l=2458>, pp. 128-130.
5. Castelo, B. y Martínez, M. (2010). Etiología del cáncer: factores externos. En M. González (Ed.), *Oncología Clínica Volumen 1*, (3ª Ed.), (pp. 71-82). México: Momento médico, pp. 71-76
6. CONVEVAL (2015). *Medición de la Pobreza en México y en las Entidades Federativas*. México: CONEVAL, p. 14, 15,19.
7. Congreso de la Unión (1973). Exposición de motivos y Ley del Seguro Social.
8. Congreso de la Unión (1943). Exposición de motivos, Ley del Seguro Social. Reglamento y decreto presidencial.
9. Cuevas, J. y Santos, J. (1985). *Oncología básica*. Madrid, España: Vector Ediciones, p. 13.
10. Díaz-Vélez, C. y Peralta, F. (2013). Calidad de los certificados de incapacidad temporal para el trabajo emitidos en un hospital EsSalud. *Revista cuerpo médico*, 6 (1), p.46.
11. Fleming, I., Brady, L., Mieszkalski, G., Cooper, R. y Cooper, M. (1996). Bases de los principales tratamientos actuales del cáncer. En G. Murphy, W.

Lawrence y R. Lenhard (Eds), *Oncología Clínica: Manual de la American Cancer Society* (2ª ed.) (pp. 110-153). Washington, DC: American Cancer Society, p. 113, 133, 138.

12. Fulbrook, M. (2009). *Historia de Alemania*. (2ª Ed.). Madrid, España: Ediciones Akal para S.A. para la edición en castellano, p. 159-162, 175- 176, 179, 183-186.
13. Gámez, A., Sánchez, N. y Fresno, J. (2010). La célula tumoral y su biología. En M. González, (Ed.), *Oncología Clínica Volumen 1*, (3ª Ed.), (pp. 15-28). México: Momento médico, p. 15, 16
14. García, M. (1955). *La seguridad social: Bases, evolución, importancia económica, social y política*. México: UNAM, p. 25.
15. Garza, F. (2006). *Cáncer: guía para médicos, pacientes y familiares*. México: Trillas, pp. 27, 32, 35-36, 73.
16. Gómez-Maqueo, E. y Heredia, M. (2012). *Psicopatología. Riesgo y tratamiento de los problemas infantiles*. México: el Manual Moderno.
17. Granados, M. y Herrera, A. (2010). Cáncer. En M. Granados, O. Arrieta y D. Cantú (Eds.), *Oncología y cirugía. Bases y principios* (pp. 1-6). México: Manual Moderno pp. 2 y 3.
18. Granados, M., Alcalá, F. y Beltrán, A. (2013). Fundamentos y principios del tratamiento quirúrgico. En M. Granados, O. Arrieta y D. Cantú (Eds.), *Oncología y cirugía. Bases y principios* (pp. 107-119). México: Manual Moderno pp. 112 y 114.
19. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ª Ed.). México: Mc Graw Hill Interamericana, pp. 152, 159 - 160.
20. Herrera, L. y Andonegui, M. (2010). Carcinogénesis. En M. Granados y A. Herrera (Eds.), *Manual de Oncología: Procedimientos Médico Quirúrgicos*. México: Mc Graw Hill Interamericana, pp. 21
21. Lenhard, Lawrence, McKenna (1996). En G. Murphy, W. Lawrence y R. Lenhard (Eds), *Oncología Clínica: Manual de la American Cancer Society* (2ª ed.) (pp. 74-85). Washington, DC: American Cancer Society, p. 77-78.

22. Lizano, M., García, C., León, A., Soto, B., Herrera, L. (2013). Transformación maligna: causas y mecanismos. En M. Granados y A. Herrera (Eds.), *Manual de Oncología: Procedimientos Médico Quirúrgicos* (pp-17-22). México: Mc Graw Hill Interamericana, pp. 17-20.
23. Maldonado, F. y Toledano, D. (2013). Principios de la terapia con radiaciones. En M. Granados y A. Herrera (Eds.), *Manual de Oncología: Procedimientos Médico Quirúrgicos* (pp-121-128). México: Mc Graw Hill Interamericana, pp. 122.
24. Martínez, G. (1996). Solidaridad en la seguridad social, convenios de reversión de cuotas y sustento financiero y actuarial. En Martínez, V., Ríos, J., Plascencia, R. y Martínez, V (Coords), *Anuario Jurídico 1995* (pp. 125 - 134). México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. Recuperado el 10 de agosto de 2015 en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2112/11.pdf>, p. 125
25. Martínez, M. (2002). *Relaciones entre empleo y seguridad social*. España: Netbiblo, p. 4
26. Mendizábal, G. (2007). *La seguridad social en México*. México: Editorial Porrúa, pp. 33, 92 - 93, 129, 134, 138, 325, 394.
27. Ortiz-Mendoza, C. y Velasco-Navarro, C. (2013). La obesidad: principal factor de riesgo para cáncer de endometrio. *Revista médica del Instituto mexicano del Seguro Social*, 51(3), p. 262.
28. Pons, J. y Rodríguez J. (2010). *Los orígenes del Estado del Bienestar en España, 1900 – 1945: los seguros de accidentes, vejez, desempleo y enfermedad*. España: Prensas Universitarias de Zaragoza, pp. 53 - 55, 57.
29. Ruíz, A. (2001). *Nuevo Derecho de la seguridad social*. (5ª Ed.) México: Editorial Porrúa, pp.57 - 58, 60-61, 64, 541.
30. Ruprecht, A. (1997). Prestaciones económicas vitalicias: pensiones de jubilación, invalidez, muerte y supervivencia. En De Buen Lozano, N. y Morgado, E. (Eds.), *Instituciones del trabajo y de la seguridad social* (703-726). Ciudad Universitaria, México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas: Academia Iberoamericana de derecho del trabajo y de la seguridad social, pp. 717-721.

31. Sánchez – Castañeda, A. (2012). *La seguridad y la protección social en México. Su necesaria reorganización*. México: Editorial: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, pp. 6, 11, 15.
32. Sereno, M., Gómez, C., Barriuso, J. y Hernández, E. (2010). Etiología del cáncer: factores hereditarios. En M. González (Ed.), *Oncología Clínica Volumen 1*, (3ª Ed.), (pp. 83-101). México: Momento médico, pp. 83-85.
33. Solís, F. y Villagómez, F. (1999). *La seguridad social en México*. México, D.F.: Centro de Investigación y Docencia Económicas CIDE, pp. 7, 17-21.
34. Trejo, J. y Chávez, J. (Coord.) (2007) *Manual de seguridad social: para patrones y dictaminadores*. (2ª Ed.). México, DF, México: Instituto Mexicano de Contadores Públicos, p. 26.
35. Weisburger, J. y Williams, G. (1996). Causas del cáncer. En G. Murphy, W. Lawrence y R. Lenhard (Eds), *Oncología Clínica: Manual de la American Cancer Society* (2ª ed.) (pp. 11-44). Washington, DC: American Cancer Society, p. 20.

Páginas Web

1. Cámara de Diputados (1917). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: texto original sin reformas. Recuperado el 31 de Julio de 2015, de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum/CPEUM_orig_05feb1917.pdf, art. 123.
2. Cámara de Diputados (1917). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado el 31 de Julio de 2015, de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm> art. 4, 73, 123.
3. Cámara de Diputados (1981). *Código Fiscal de la Federación*. Recuperado el 31 de Julio de 2013, de www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/8.pdf
4. Cámara de Diputados (1995). *Ley del Seguro Social*. Recuperado el 31 de Julio de 2013, de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92.pdf>, artículos 2, 4 - 5, 6, 9, 11, 13, 15, 21, 25, 27 - 28, 31, 36, 38, 41, 43, 56, 58, 84 - 85, 89, 91 - 92, 94 - 96, 98 - 99, 101 - 103, 105 - 107, 109, 113 - 114, 116 - 117, 119 - 127, 138 - 142, 146 - 148, 150 - 151, 154-155, 159, 161, 170, 201, 203 - 204, 206, 218, 227, 242, 246, 250 A, 258, 260, 262, 264, 266, 268, 272, Tercero transitorio, Décimo noveno transitorio.

5. Cámara de Diputados (1973). *Ley del Seguro Social*. Recuperado el 31 de Julio de 2013, de <http://www.imss.gob.mx/instituto/normatividad/Documents/Leyes/4129.pdf>, artículos 8, 123- 126, 130 – 132, 134 -135, 164 – 169, 172.
6. Cámara de Diputados (1970). *Ley Federal del Trabajo*. Recuperado el 31 de Julio de 2013, de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125.pdf>
7. CONEVAL (2014). Medición de la Pobreza. Glosario. Recuperado el 20 de febrero de <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Glosario.aspx>
8. CONEVAL (s.f.). Medición de la Pobreza. Línea de Bienestar. Recuperado el 20 de febrero de http://www.coneval.gob.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2014.aspx
9. Carmona, D. (2014). *Memoria Política de México: Edición 2015*. México: Instituto Nacional de Estudios Políticos, A.C. Recuperado el 11 de agosto de 2015 de <http://www.memoriapoliticademexico.org/Efemerides/1/19011943.html>
10. Diccionario de la Lengua Española (s.f.). Incapacidad laboral. Recuperado el 21 de enero de 2016 en: <http://dle.rae.es/?id=LCni5Hc>
11. El Banco Mundial (s.f.). *Población, total*. Recuperado el 25 de Febrero de 2015 de: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL>
12. Frías, M. (2006). La evaluación de la Invalidez en México: hacia un nuevo derrotero. *Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición*, 7 (1), ensayos. Recuperado el 10 de abril de 2014 de <http://www.respyn.uanl.mx/vii/1/ensayos/invalidez.htm>
13. Gobierno de la República (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Recuperado el 15 de enero de 2014 en: <http://pnd.gob.mx/>, pp.49 y 50.
14. Instituto Mexicano del Seguro Social (2015b). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social del periodo 2014 – 2015. Recuperado el 10 de febrero de 2016 de: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informe-2014-2015>
15. Instituto Mexicano del Seguro Social (2015a). Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas. Recuperado el 10 de mayo de 2015 de: www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/2000-002-001.pdf

16. Instituto Mexicano del Seguro Social (2014d). *Conoce el IMSS. Misión*. Recuperado el 30 de junio de 2015 de: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss>.
17. Instituto Mexicano del Seguro Social (2014c). *Estructura orgánica*. Recuperado el 25 de febrero de 2016 de: <http://www.imss.gob.mx/estructura>
18. Instituto Mexicano del Seguro Social (2014b). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social del periodo 2013 – 2014. Recuperado el 10 de febrero de 2016: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informe-2013-2014>.
19. Instituto Mexicano del Seguro Social (2014a). *Memoria estadística 2014*. Recuperado el 15 de junio de 2015 de: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2014>
20. Instituto Mexicano del Seguro Social (2013). *Memoria estadística 2013*. Recuperado el 15 de junio de 2015 de: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2013>
21. Instituto Mexicano del Seguro Social (2012c). Manual de Organización de las Subdelegaciones del IMSS. Recuperado el 10 de mayo de 2015 de: www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/9000-002-002.pdf
22. Instituto Mexicano del Seguro Social (2012b). *El nacimiento*. Recuperado el 31 de julio de 2013, de http://www.imss.gob.mx/instituto/historia/Pages/el_nacimiento.aspx
23. Instituto Mexicano del Seguro Social (2012a). *Pensión por Invalidez*. Recuperado el 31 de julio de 2013, de http://www.imss.gob.mx/Pensionesysubsidios/Pages/b_invalidez.aspx.
24. Instituto Mexicano del Seguro Social (2011). *Norma que establece las disposiciones para determinar y declarar el estado de invalidez*. Recuperado el 27 de febrero de 2015 de: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/2000-001-004_0.pdf, 5.8, 5.10 - 5.14, 5.16, 5.19 - 5.21, 5.23 - 5.25, 5.27, 5.29 - 5.32, 5.37 - 5.40, 5.42 - 5.44, 5.46, 7.4, 7.6 -7.9, 7.11, 7.15 - 7.17.

25. Instituto Mexicano del Seguro Social (2008). Manual de Integración y funcionamiento de los comités para el control de la incapacidad temporal para el trabajo. Recuperado el 10 de mayo de 2015 de: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/2000-021-004_0.pdf
26. Instituto Mexicano del Seguro Social (2006b). *Reglamento de prestaciones médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Recuperado el 10 de diciembre de 2014 en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4939079&fecha=30/11/2006
27. Instituto Mexicano del Seguro Social (2006a). *Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Recuperado el 31 de julio de 2015 en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n323.pdf>
28. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2012). *Causas de defunción: Defunciones generales totales por principales causas de mortalidad, 2012*. Recuperado el 10 de enero de 2014 en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107&s=est&c=23587>
29. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). Censo de Población y Vivienda 2010. Consulta interactiva de datos. Población en hogares y sus viviendas. Con 3 variables: tamaño del hogar censal: total, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 o más personas; población total de los hogares censales con 2 localidades; derechohabientes del IMSS. Recuperado el 20 de febrero de 2010 en: http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=cpv10_phv
30. MDGuidelines (s.f.a). *Cancer*. Recuperado el 31 de agosto de 2015 en: <http://www.mdguidelines.com/cancer>
31. MDGuidelines (s.f.b). *Cancer, breast*. Recuperado el 31 de agosto de 2015 en: <http://www.mdguidelines.com/cancer-breast>
32. MDGuidelines (s.f.c). *Cancer, cervix*. Recuperado el 31 de agosto de 2015 en: <http://www.mdguidelines.com/cancer-cervix>
33. MDGuidelines (s.f.d). *Cancer, colon*. Recuperado el 31 de agosto de 2015 en: <http://www.mdguidelines.com/cancer-colon>

34. MDGuidelines (s.f.f). *Cancer, lung*. Recuperado el 31 de agosto de 2015 en: <http://www.mdguidelines.com/cancer-lung>
35. MDGuidelines (s.f.g). *Cancer, prostate*. Recuperado el 31 de agosto de 2015 en: <http://www.mdguidelines.com/cancer-prostate>
36. MDGuidelines (s.f.h). *Cancer, rectum*. Recuperado el 31 de agosto de 2015 en: <http://www.mdguidelines.com/cancer-rectum>
37. Organización de las Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Recuperado el 15 de diciembre de 2013 en <http://www.un.org/es/documents/udhr/>, artículo 22.
38. Organización Internacional del Trabajo (s.f.a). *Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones*. Recuperado el 27 de febrero de 2015 de: <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/isco/>
39. Organización Internacional del Trabajo (s.f.b). Convenios y recomendaciones. Recuperado el 27 de agosto de 2015 de: <http://www.ilo.org/global/standards/introduction-to-international-labour-standards/conventions-and-recommendations/lang--es/index.htm>
40. Organización Internacional del Trabajo (s.f.c). Orígenes e historia. Recuperado el 27 de agosto de 2015 de: <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/history/lang--es/index.htm>
41. Organización Internacional del Trabajo (2009). De Bismarck a Beveridge: seguridad social para todos. *Revista trabajo de la OI*, 2009 (67), p. 2. Recuperado el 30 de junio de 2015 de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wc m s _122248 .pdf
42. Organización Mundial de la Salud (2012). Globocan 2012. Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Recuperado el 30 de Agosto de 2015 en http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx
43. Rodríguez, J. (2003). La economía laboral en el período clásico de la historia del pensamiento económico (Tesis doctoral). Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Valladolid, España, p. 118-120. Recuperado el 10 de mayo de 2015 en: <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/jcrc/C-07.pdf>

44. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Leyes y reglamentos, diferencia entre los. Tesis aislada de la Segunda sala, Quinta época, Recuperado el 10 de febrero de 2016 de:
http://200.38.163.178/sjsist/Paginas/DetalleGeneralV2.aspx?Epoca=120202020202020&Apendice=1000000000000&Expresion=Leyes%2520y%2520reglamentos%2C%2520diferencia%2520entre%2520los&Dominio=Rubro,Texto&TA_TJ=2&Orden=1&Clase=DetalleTesisBL&NumTE=5&Epp=20&Desde=-100&Hasta=-100&Index=0&InstanciasSeleccionadas=2&ID=326948&Hit=4&IDs=206330,206369,266636,326948,818881&tipoTesis=&Semenario=0&tabla=&Referencia=&Tema=

Anexos

Anexo 1. Solicitud de apoyo para obtener información estadística de la Coordinación de Prestaciones Económicas.....	170
Anexo 2. Carta de anuencia del IMSS con la que se permite compartir la información solicitada.....	171
Anexo 3. Carta de anuencia del Jefe de invalidez de la Coordinación de Salud en el Trabajo ubicada en el Centro Médico Nacional Siglo XXI, en la Ciudad de México.....	172
Anexo 4. Estructura Orgánica del IMSS.....	173

Anexo 1. Solicitud de apoyo para obtener información estadística de la Coordinación de Prestaciones Económicas.

México D.F., a 19 de septiembre de 2014.

Act. Oliver Macías Pérez
Titular de la División de Estudios Técnicos
Coordinación de Prestaciones Económicas
PRESENTE

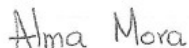
Por medio de la presente, solicito su apoyo para obtener la información estadística que necesito para desarrollar la investigación que me requiere la UNAM a fin de obtener el grado de Maestra en Administración. El título tentativo de la tesis es *"Prestaciones en dinero del Ramo de Enfermedades que son cubiertas en el Ramo de Invalidez para asegurados en el Régimen Obligatorio de la Ley del Seguro Social que se encuentran incapacitados por cáncer"*. El propósito es analizar el otorgamiento de incapacidades temporales para el trabajo que pueden ser otorgadas al trabajador incapacitado así como la dictaminación de Pensiones de Invalidez, en ambos casos por padecimientos de cáncer.

En particular, la información a la que me refiero es la siguiente:

- Detalle de los asegurados que recibieron una incapacidad temporal para el trabajo con diagnóstico de cáncer y el tiempo que han estado incapacitados, por edad, género, delegación, nivel de atención en el que fue expedida la incapacidad e importe del subsidio recibido durante el periodo 2005 – 2014.
- Detalle de los pensionados por invalidez con diagnóstico de cáncer durante el periodo 2003 – 2013 por edad, género y delegación. Así mismo, un identificador para relacionar aquellos trabajadores que recibieron una incapacidad temporal para el trabajo y posteriormente se encuentran en los pensionados por invalidez.

Quedo a sus órdenes para cualquier aclaración o pregunta que requiera hacerme. De antemano, le agradezco su apoyo y atención.

Atentamente,



Alma Rosa Mora y Guerrero.

Anexo 2. Carta de anuencia del IMSS con la que se permite compartir la información solicitada.



**Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
Coordinación de Prestaciones Económicas
División de Estudios Técnicos**



“2014, Año de Octavio Paz”

México, D.F., a 20 de octubre de 2014

Alma Rosa Mora y Guerrero
Presente.

Por este conducto y en atención a su solicitud, le comunico que la División a mi cargo le compartirá la información solicitada, para el análisis referente a Asegurados con incapacidades temporales para el trabajo y Pensionados por invalidez que padecen cáncer para el periodo 2006 – 2014, correspondiente a su tesis de la Maestría en Administración “Prestaciones en dinero del Ramo de Enfermedades que son cubiertas en el Ramo de Invalidez para asegurados en el Régimen Obligatorio de la Ley del Seguro Social que se encuentran incapacitados por cáncer”, con la que presentará su examen de grado ante la UNAM.

La información se entrega con las siguientes características:

Incapacitados temporalmente para el trabajo por cáncer (Periodo: 2005 – 2014):

- Registros totales: 190,731
- Incapacitados totales: 35,667

Pensionados por invalidez por cáncer (Periodo: 2003 - 2013):

- Registros totales: 22,697
- Pensionados ligados con incapacitados: 6,243

Se incluyen los siguientes campos:

Registros de incapacidad	Registros de pensionados
Folio	Año
Delegación de expedición	Folio
Id_persona	Id_persona
Sexo	Sexo
Fecha de inicio	Código CIE 10
Fecha de termino	Edad
Fecha de expedición	Delegación origen
Tipo de incapacidad	Tipo de Invalidez
Tipo de ramo	
Nivel de atención	
Marca de pago	
Número de días autorizados	
Número de días subsidiados	
Número de días acumulados	
Importe salario diario	
Importe salario topado	
Importe subsidio	
Código CIE 10	
Edad	

Es muy importante señalar que la información en cuestión es propiedad del IMSS y será proporcionada únicamente para fines exclusivos de esta investigación, no deberá ser compartida por ningún medio electrónico o impreso total o parcialmente y tampoco podrá usarse en trabajos de investigación posteriores o de cualquier otro propósito sin previa autorización. Asimismo le comunico que la información no transgrede el contenido del artículo 22 de la Ley del Seguro Social ni los artículos 13 y 14 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, por lo que este Instituto no tiene impedimento legal en proporcionar la información solicitada.

Sin más por el momento, quedo a sus órdenes.

Atentamente,

Act. Oliver Macías Pérez
Titular

CARRAJMP

Anexo 3. Carta de anuencia del Jefe de Invalidez de la Coordinación de Salud en el Trabajo ubicada en el Centro Médico Nacional Siglo XXI, en la Ciudad de México.

Carta de Anuencia

Grados Académicos
Posgrado de la Facultad de Contaduría y Administración
Universidad Nacional Autónoma de México

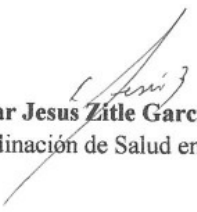
A quien corresponda

Por medio de este conducto yo, el Jefe de Invalidez de la Coordinación de Salud en el Trabajo del IMSS, ubicada en el Centro Médico Nacional Siglo XXI de la Ciudad de México, Dr. Edgar Jesus Zitle García, otorgo mi consentimiento a la alumna **Alma Rosa Mora Y Guerrero** con número de cuenta 514001520 para que haga mención del contenido de la entrevista que me realizo el día 13 de julio de 2015 en su tesis de Maestría de Administración "**Prestaciones en dinero del Ramo de Enfermedades que son cubiertas en el Ramo de Invalidez para asegurados en el Régimen Obligatorio de la Ley del Seguro Social que se encuentran incapacitados por cáncer**", con la que presentará su examen de grado.

Atentamente
Colima, Col., 10 de mayo de 2016



DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO


Dr. Edgar Jesus Zitle García
Jefe de Invalidez de la Coordinación de Salud en el Trabajo del IMSS

Anexo 4. Estructura Orgánica del IMSS

La estructura orgánica²⁹ tiene cinco divisiones que son: Órganos Superiores, Secretaría General, Órganos Normativos, Órgano Interno de Control y en Delegaciones del IMSS y las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAES), éstas a su vez tienen subdivisiones que son explicadas dentro de la normatividad que fundamenta al IMSS (ver tabla 2.3).

Tabla A. 1 Divisiones y subdivisiones de la Estructura orgánica del IMSS.

Estructura orgánica del IMSS				
Divisiones	Subdivisiones			
a) Órganos Superiores	Asamblea General (Art. 258 – 262 LSS) (Art. 9 – 25 RI IMSS)	H. Consejo Técnico (Art. 263 – 264 LSS) (Art. 26 – 46 RI IMSS)	H. Comisión de Vigilancia (Art. 265 – 266 LSS) (Art. 47 – 65 RI IMSS)	Dirección General (Art. 267 – 269 LSS) (Art. 66 – 67 RI IMSS)
	Los cuatro grupos conforman las autoridades máximas en el Instituto.			
b) Secretaría General. (Art. 68 RI IMSS)	a. Coordinación de Órganos Colegiados y Planeación		b. Coordinación de Órganos Superiores y Servicios Administrativos.	
	(Manual de Organización de la Secretaría General, pág. 13).			
c) Órganos Normativos o Direcciones Normativas.	a. Dirección de Prestaciones Médicas (Art. 82 RI)	b. Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales (Art. 81 RI)	c. Dirección de Incorporación y Recaudación (Art. 71-73 RI)	d. Dirección Jurídica (Art. 75-80 RI)
	e. Dirección de Finanzas (Art. 70 RI)	f. Dirección de Administración	g. Dirección de Vinculación Institucional y Evaluación de Delegaciones	h. Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (Art. 74 RI)
	Cada una de las Direcciones tienen su Manual de Organización.			
d) Órgano Interno de Control (Art. 83 RI)	a. Auditoría Interna	b. Auditoría con atención especial a Servicios Médicos		c. Responsabilidades
	d. Coordinación de Vinculación Operativa	e. Quejas	f. Coordinación general de las Áreas de Auditoría, Quejas y Responsabilidades Delegacional.	
	(Manual de Organización del Órgano Interno de Control en el IMSS)			
e) Delegaciones del IMSS y UMAES	Existen 35 delegaciones (Art. 139 al 145, 155, del RI IMSS) y 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad (Art. 136 al 148 del RI IMSS)			

Fuente: Elaboración propia a partir de la normatividad denominada LSS, Reglamento Interior del IMSS (RI IMSS) y de los Manuales de Organización mencionados.

A continuación se señala una breve explicación de las divisiones y subdivisiones de la estructura orgánica del IMSS.

²⁹ Para la realización de este apartado se consultó la página del IMSS en: Estructura orgánica del IMSS (2014c). Recuperado el 25 de febrero de 2016 en: <http://www.imss.gob.mx/estructura>

A. Órganos superiores, división de la Estructura Orgánica.

Como ya se mostró en la Tabla 2.3 son cuatro órganos superiores: Asamblea General, H. Consejo Técnico, H. Comisión de Vigilancia y la Dirección General.

a. Asamblea General.

La Asamblea General es la autoridad suprema del Instituto y es presidida por el Director General del IMSS, deberá reunirse de manera ordinaria cada una o dos veces al año, de manera extraordinaria cuantas veces se necesite (LSS, art. 258 y 260).

De acuerdo al artículo 262 de la LSS, su función es discutir anualmente, para su aprobación o modificación, el estado de ingresos y gastos, el balance contable, el informe financiero y actuarial, el programa de actividades y el presupuesto de ingresos y gastos para el año siguiente, el informe de actividades presentado por el Director General y el informe de la Comisión de Vigilancia. Además en el RI del IMSS se le describen seis atribuciones adicionales.

b. H. Consejo Técnico.

El H. Consejo Técnico es el órgano superior de Gobierno, es el representante legal y el administrador del Instituto. El Director General del IMSS es el Presidente del H. Consejo Técnico.

Tiene 17 atribuciones por la LSS y 20 por el RI del IMSS. Entre sus funciones principales están la de decidir sobre las inversiones del Instituto, de promover el equilibrio financiero de todos los ramos de aseguramiento de la LSS, convocar a Asamblea General ordinaria y extraordinaria, discutir y aprobar el proyecto de presupuesto de ingresos y egresos del Instituto que someta a considerar el Director General y aprobar la estructura orgánica básica. (LSS, art. 264).

c. H. Comisión de Vigilancia

La Asamblea General es la encargada de designar a la Comisión de Vigilancia.

Tiene 5 atribuciones en la LSS y 14 atribuciones en el RI del IMSS. Entre sus funciones está la de vigilar que las inversiones se realicen para el propósito a las que fueron destinadas; además sugerir a la Asamblea General, al Consejo Técnico y a la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro las medidas necesarias para mejorar el funcionamiento de los seguros que ampara esta ley; hacer un dictamen sobre el informe de actividades y los estados financieros presentados por el Consejo Técnico, entre otras atribuciones (LSS, art. 266).

d. Dirección General.

El Director General del IMSS desde el 8 de febrero de 2016 es el Mtro. Mikel Andoni Arriola Peñalosa, fue asignado al cargo por el Presidente de la República Mexicana el Lic. Enrique Peña Nieto, cuyo sexenio abarca del 1 de diciembre de 2012 al 30 de noviembre de 2018.

El Director General presenta al Consejo Técnico el informe de actividades, programa de labores, el proyecto de presupuesto de ingresos y egresos, el balance contable, el estado de ingresos y gastos, el informe financiero y actuarial, nombra y remueve empleados de confianza, ejecuta los acuerdos del Consejo, entre otras funciones (LSS, art. 268).

B. Secretaría General, división de la Estructura Orgánica.

El Secretario General es el Lic. Juan Moisés Calleja García desde el 18 de mayo de 1994 (IMSS, 2014c).

Para conocer las funciones del Secretario General se puede revisar el artículo 68 del RI del IMSS y el Manual de Organización de la Secretaría General, publicado el 25 de marzo de 2015. Algunas de sus funciones tal y como se establecen en el Reglamento mencionado son:

- *Planear, dirigir y coordinar las acciones necesarias para atender los asuntos relativos a las sesiones y acuerdos de la Asamblea General, del Consejo Técnico y de la Comisión;*
- *Tramitar ante el Consejo Técnico las solicitudes sobre prórroga de servicios médicos, aparatos de prótesis, expedición de incapacidades retroactivas, ayudas para gastos de matrimonio, asignaciones familiares, celebración de convenios de pago sobre cuotas obrero patronales y accesorios legales y*

cancelación de adeudos, en los términos y condiciones establecidos en la Ley, que rebasen la competencia de los Consejos Consultivos Delegacionales, y el otorgamiento de prestaciones médicas y económicas, en ambos casos por equidad.

c. Órganos Normativos, división de la Estructura Orgánica.

Los órganos normativos son las Direcciones Normativas, que regulan y vigilan el adecuado otorgamiento de los servicios y prestaciones a los afiliados, patrones, proveedores, profesionales de la salud e interesados en el IMSS. Son ocho las direcciones normativas en donde recaen las múltiples funciones que se tienen que llevar a cabo en el IMSS:

- a. Dirección de Prestaciones Médicas.
- b. Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.
- c. Dirección de Incorporación y Recaudación.
- d. Dirección Jurídica.
- e. Dirección de Finanzas.
- f. Dirección de administración.
- g. Dirección de Vinculación Institucional y Evaluación de Delegaciones.
- h. Dirección de Innovación y desarrollo tecnológico.

Para efecto de realizar esta investigación es necesario conocer la información estadística que emiten los tres niveles de atención médica del IMSS, en relación al tiempo de incapacidad acumulada de los asegurados que padecen cáncer. Esta información es procesada por la unidad de atención médica y la unidad de atención primaria a la salud que son parte de la Dirección de Prestaciones Médicas, cuando analizan los certificados de incapacidad temporal para el trabajo (CITT) que son emitidos en los tres niveles de las unidades médicas.

Cabe aclarar que la Dirección de Prestaciones Médicas es responsable de la atención integral a la salud de los derechohabientes, la producción científica institucional y la educación en salud, cuenta con cuatro unidades, una coordinación y otros puestos, que le permiten dar cumplimiento a sus atribuciones (RI del IMSS, art.82) (IMSS, 2015a)

Debido a que esta investigación también se enfoca en las prestaciones en dinero que se otorgan en el Seguro de Enfermedades y Maternidad y en el ramo de invalidez, es importante conocer que la dirección encargada de otorgar las

prestaciones en dinero que reciben los asegurados y pensionados es la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales. Dicha función es realizada por la Coordinación de Prestaciones Económicas, dentro de su División de Pensiones y en su División de Subsidios y Ayudas.

D. Órgano Interno de Control, división de la Estructura Orgánica.

El Órgano Interno de Control es quien representa al Instituto ante la Secretaría de la Función Pública (SFP), para prevenir, detectar y abatir los actos de corrupción dentro del IMSS, también vigila que el desempeño de los servidores públicos del IMSS se apegue a la ley. Otras de sus funciones son revisar y auditar procesos administrativos.

E. Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada, división de la Estructura Orgánica.

Los Órganos de Operación administrativa son las Delegaciones y las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) del IMSS.

a. Delegaciones

Las Delegaciones del IMSS son las responsables de la operación de los servicios institucionales, funcionan de manera autónoma en los estados. De acuerdo con el Artículo 139 del Reglamento Interior del IMSS, se encargan de establecer la coordinación entre sus diferentes áreas y de proporcionarles los recursos necesarios para que cumplan sus metas fijadas en los programas de trabajo.

Las delegaciones son representaciones del IMSS en los estados de la República Mexicana. Existen 35 delegaciones, una delegación en cada entidad federativa, excepto en el Estado de México, Distrito Federal y en el Estado de Veracruz, los cuales tienen 2 delegaciones debido al número de asegurados y derechohabientes que hay en estos lugares, recordemos que son las tres entidades más pobladas del país.

Las delegaciones representan al IMSS para pleitos y cobranzas, actos de administración, vigilan el cumplimiento de contratos de trabajo dentro de su competencia, realizan rescisiones de la relación laboral, imponen multas en Materia

de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, aplican medidas correctivas que dicte la Dirección de Vinculación y Evaluación de Delegaciones respecto de las irregularidades identificadas en el análisis de la prestación de servicios del Instituto, entre otras funciones que llevan a cabo.

Las delegaciones tienen subdelegaciones, que son entidades operativas reguladas por la Jefatura de los Servicios de Afiliación y Cobranza, entre sus funciones principales están la afiliación de patrones y otros sujetos obligados, y de trabajadores y demás sujetos de aseguramiento, también certifican la vigencia de la conservación de derechos, recaudan las cuotas del Instituto, determinan y emiten las cédulas de liquidación, se encargan del pago oportuno de las pensiones, de realizar auditoría a los patrones para verificar su existencia, de los créditos, etc. Hay dos tipos de Subdelegaciones, las Tipo A y las Tipo B, cuya diferencia radica en que las Tipo A tienen cuatro departamentos para realizar sus funciones, entre ellos el Departamento de Auditoría a patrones y las Tipo B no tiene el Departamento mencionado, debido a que no ejercen esa función (IMSS, 2012c, Manual de Organización de las Subdelegaciones del IMSS).

b. Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAЕ)

Las Unidades Médicas de Alta Especialidad se integran por las áreas médicas y administrativas necesarias (RI del IMSS, Artículo 146), son hospitales de especialidades o de 3er nivel, también conocidos como UMAЕ, donde se brindan servicios médicos especializados de acuerdo a determinadas enfermedades o padecimientos.

El IMSS cuenta con 25 unidades médicas de Alta Especialidad a nivel nacional y se manejan las siguientes especialidades (IMSS, 2014c):

- Traumatología y Ortopedia
- Gineco Obstetricia
- Medicina Médico Física y Rehabilitación
- Cardiología
- Pediatría
- Oncología
- Psiquiatría
- Traumatología y Ortopedia