

885209

4



UNIVERSIDAD AMERICANA DE ACAPULCO  
EXCELENCIA PARA EL DESARROLLO

FACULTAD DE DERECHO.  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO.

“ PROPUESTA DE REGLAMENTACIÓN  
PARA LA SUBROGACIÓN DE SERVICIOS  
EN EL MARCO DE LA NUEVA LEY DEL  
SEGURO SOCIAL “

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN DERECHO

284783

PRESENTA:

**Bismarck Garibay Duarte**

DIRECTOR DE TESIS

LIC. JOSÉ LINO PINEDA OLIVEROS



ACAPULCO, GRO.

2000.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA  
FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS  
INSTITUTO DE FÍSICA

**AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA**

## **A MI QUERIDO PADRE**

Ejemplo de lucha y tenacidad.

## **A MI QUERIDA MADRE**

Por su apoyo y solidaridad.

## **A MIS QUERIDOS HERMANOS**

Con mucho cariño.

**A MI ASESOR:**

LIC. JOSE LINO PINEDA OLIVEROS.

Por su apoyo invaluable, en la elaboración de este trabajo.

**A LOS SINODALES:**

LIC. JOSE LINO PINEDA OLIVEROS.

LIC. ALEJANDRO RIOS MIRANDA.

LIC. JESUS TOVAR BALDERAS.

LIC. ESTEBAN PEDRO LOPEZ FLORES.

LIC. JORGE VALENTIN CASTRO.

Por su contribución en mi formación profesional.

**AL DIRECTOR DE LA FACULTAD DE DERECHO**

LIC. FELIPE CELORIO CELORIO.

Por su apoyo brindado.

## **A LA UNIVERSIDAD AMERICANA DE ACAPULCO**

Por su participación en el desarrollo profesional, de la juventud guerrerense.

## **A LA FACULTAD DE DERECHO**

Por su contribución al fortalecimiento del derecho en el estado de Guerrero.

## **A MIS MAESTROS**

Por sus enseñanzas, y contribución en mi formación profesional.

## **INDICE**

### **INTRODUCCIÓN.**

#### **CAPITULO I. LA SEGURIDAD SOCIAL**

I.1	Concepto y aspectos principales de la Seguridad Social.	8
I.1.1	La Seguridad Social y el Derecho del Trabajo.	12
I.1.2	Diferencia entre Seguro Social y Seguridad Social.	15
I.2	Principios de la Seguridad Social.	18
I.3	La Seguridad Social en México.	23
i.3.1	Inicio del Sistema de Seguridad Social en México.	25
i.3.2	Evolución de la Seguridad Social.	33

#### **CAPITULO II. EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y SU LEGISLACION**

2.1	Antecedentes.	38
2.2	Ley del Seguro Social de 1943.	48
2.3	Ley del Seguro Social de 1973.	52
2.4	El Instituto Mexicano del Seguro Social en el marco de su Nueva Ley de 1995.	57

#### **CAPITULO III. SUBROGACIÓN DE SERVICIOS.**

3.1	Antecedentes	70
3.2	Marco Jurídico	71
3.3	Situación actual de algunos Sistemas de Seguridad Social, con participación privada.	82
3.4	Organismos privados de salud susceptibles de otorgar servicios subrogados.	96

**CAPITULO IV. PROPUESTA DE REGLAMENTO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS**

- |     |  |     |
|-----|--|-----|
| 4.1 | Necesidad de Reglamentación de la Subrogación de Servicios.  | 100 |
| 4.2 | Anteproyecto de Reglamento para la Subrogación de Servicios. | 102 |

**CONCLUSIONES** 119



## **INTRODUCCIÓN.**

México, como integrante de la comunidad internacional, vive inmerso en un proceso de transformación derivado de los nuevos tiempos, que exigen estrategias modernas que respondan en términos generales a las necesidades de la población, destacando dentro de estas configuraciones aquellas encaminadas a fortalecer y perfeccionar los Sistemas de Seguridad Social, que permitan proteger en la forma mas amplia cada vez a un mayor número de mexicanos.

La Seguridad Social es, por consiguiente, un poderoso instrumento estatal específico, protector de necesidades, de tipo preventivo, curativo, y reparador, que garantiza los medios de subsistencia de los trabajadores, en la extensión, límites y condiciones, que la legislación disponga.

Dentro de este esquema de cambios trascendentales, en materia de Seguridad Social, en nuestro país, en diciembre de 1995, el congreso de la unión aprobó la expedición de una Nueva Ley del Seguro Social. Por encargo del Presidente de la República, se elaboró un diagnóstico del Instituto Mexicano del Seguro Social, que corrió a cargo de la propia Institución, pero simultáneamente se pidió la participación de la sociedad para que señalaran tanto las fortalezas como las debilidades y, las propuestas para mejorar este instrumento de justicia social.

Los estudios, análisis, comentarios y evaluaciones que se elaboraron pusieron de manifiesto la crítica situación financiera de este organismo, así como el deterioro de las prestaciones —especialmente de las pensiones— y las insuficiencias en la prestación y la calidad de algunos servicios.

Así pues, con la finalidad de reestructurar los servicios, recuperar la viabilidad financiera del Instituto y sentar nuevas bases que permitan el crecimiento y el desarrollo del mismo, se sometió a la consideración del Congreso la aprobación de la Nueva Ley del Seguro Social, en noviembre de 1995. Después de intensos debates, la iniciativa finalmente fue aprobada en el mes de diciembre por la Cámara de Diputados, con 289 votos a favor, 160 en contra y 51 abstenciones.

Los cambios que se introdujeron, tales como el inherente a la transformación del seguro de riesgos de trabajo, el deseo de darle vigencia plena a la subrogación de servicios, y de manera especial, la creación de las cuentas

individuales para el seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, la flexibilidad de incorporar a grupos de no asalariados, y a los trabajadores del campo son el principio de la modernización, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El Instituto se encuentra en un proceso de transformación para ofrecer mejores servicios, en cuanto a la calidad en un esquema de competencia, por ser la única alternativa para que las empresas ingresen en procesos de mejoramiento de sus recursos humanos y materiales, y se eviten prácticas monopólicas, que tanto daño han hecho.

Se plantea una reforma estructural de la Ley del Seguro Social en nuestro país, y el tema referente a la Subrogación de Servicios, pudiera ser de incalculable ayuda para el mejoramiento en la prestación de estos.

La Subrogación de Servicios, ha existido desde la primera Ley del Seguro Social de 1943, siendo en esta etapa naciente del Seguro Social en que tuvo alguna vigencia, en razón de la insuficiencia institucional de infraestructura para otorgar en forma directa los servicios, circunstancia que en la medida en que se conformó la red de instalaciones medicas, fue limitándose esa practica hasta quedar prácticamente suspendida.

Dentro de la prestación de servicios en forma indirecta, vía la Subrogación de Servicios, sobresale los convenios con las empresas de la rama nacional bancaria, de algunas mineras alejadas de los centros urbanos y, dos o tres empresas asentadas en el estado de Nuevo León.

La Ley de 1973 conserva el principio de la prestación indirecta de servicios, en su artículo 97, sólo que este adolece de imprecisión e incertidumbre, razón por la cual se estableció que dichos convenios debían tomar en cuenta el riesgo de la población cubierta, el salario de cotización, los gastos de administración, la cancelación de los servicios por deficiencia en su otorgamiento.

La firma de los convenios de Subrogación de Servicios siguió autorizándose con limitaciones y con discrecionalidad, lo que permitió que la prestación de los servicios médicos siguiera otorgándose básicamente por el propio Instituto.

En la discusión previa a la expedición de la nueva Ley que nos ocupa (1995), llevada a cabo en la Cámara de Diputados, se alteró varias veces el Dictamen de las Comisiones, en cuanto al sentido que debería darse a la Subrogación de

Servicios. Finalmente, hubo consenso en el sentido de que el Consejo Técnico, redactara el reglamento correspondiente.

La Reversión de Cuotas por Subrogación de Servicios, no afectan los principios de la Seguridad Social por ser parte de los mismos, inclusive los mejoran, ya que a los usuarios se les permite alternativas de salud que en la actualidad son monopólicos.

Por tanto la elaboración de un adecuado y cuidadoso Reglamento de Subrogación de Servicios, en donde se especifique si la Subrogación es con o sin reversión de cuotas, se comprendan los servicios subrogados, se garantice la adecuada prestación de los mismos, el alcance de la reversión en caso de que la haya, que elimine la discrecionalidad, estimule la participación de los particulares y la competencia, constituye un verdadero reto para la institución y un compromiso de todos los sectores sociales involucrados.

Es además necesario estudiar minuciosamente la situación actual de la Subrogación de Servicios.

Como corolario de la premisa anterior, creemos que es inevitable que el Instituto Mexicano del Seguro Social busque alcanzar sus fines, que se concretan en la necesidad de ofrecer programas de salud a los derechohabientes, si para ello debe participar el sector privado en compartir el servicio público, de Seguridad Social, ello creemos, es viable en gran parte de los países del mundo así acontece, por tanto, el Reglamento de Subrogación de Servicios, serán un marco legal adecuado para canalizar estos requerimientos, sin dejar de lado la Institución, el control y la vigilancia que debe tener la adecuada prestación de los servicios.

## **OBJETIVO**

Se pretende demostrar que es factible y necesaria la participación del sector privado en el otorgamiento de algunos servicios que presta el Instituto Mexicano del Seguro Social, tales como: Atención médica, guarderías, y subsidios por incapacidad médica para el trabajador, puesto que el aspecto legal en la materia ha estado consignado desde 1943 en la Ley del Seguro Social, y porque en la ley vigente se pretende buscar estrategias, que permitan una mayor calidad en las prestaciones que se proporcionan a los derechohabientes.

El presente trabajo de investigación, también pretende demostrar la necesidad de reglamentar la Subrogación de Servicios, a fin de dar viabilidad a esa

estrategia, ya que la ausencia de esta normatividad, ha limitado a la institución para incrementar la participación de la iniciativa privada, en la prestación de los servicios.

La reglamentación a que nos referimos tiene su sustento en el artículo 264, fracción VII de la vigente Ley del Seguro Social.

Para lograr los objetivos planteados en esta investigación, primeramente se estudiara lo referente a la Seguridad Social, específicamente en nuestro país y posteriormente, estudiaremos la estructura del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como su marco legal que estuvo vigente desde 1943 hasta la actual ley de 1995.

En el tercer capítulo se abordará lo relativo a la Subrogación de Servicios, con el fin de tratar de explicar la implementación que tiene su marco legal vigente, sus limitaciones, los actuales convenios de Reversión por Subrogación de Servicios, que pudieran servir como antecedentes para establecer nuevas bases, para el otorgamiento de algunos servicios por empresas privadas, así como el señalamiento de algunas alternativas para una verdadera operatividad de esta estrategia.

En el cuarto capítulo se presentará una propuesta viable de reglamentación para la Subrogación de Servicios.

## **CAPITULO I. LA SEGURIDAD SOCIAL**

Iniciaremos el presente trabajo de investigación, estudiando algunos aspectos generales sobre la Seguridad Social, así como sus principios. También se estudiará, de manera específica la Seguridad Social en México, su inicio y evolución histórica.

Lo anterior nos dará las bases necesarias para poder comprender los capítulos posteriores, referentes propiamente al Instituto Mexicano del Seguro Social, a la Nueva Ley del Seguro Social y a la Subrogación de Servicios con y sin Reversión de Cuotas.

### **1.1 CONCEPTO Y ASPECTOS PRINCIPALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

Para dar la definición etimológica de Seguridad Social, es necesario definir ambos términos de manera independiente.

La raíz etimológica de Seguridad, es la siguiente:

“Seguridad viene del latín *securitas, securitalis*, término francés empleado desde le siglo XVI. Se aplica a ciertos mecanismos que aseguran el buen funcionamiento, precaviendo que éste falle, se frustre o se violente”.<sup>1</sup>

Respecto al segundo término, social, éste tiene un sentido amplio relativo a la sociedad, a una comunidad. El Diccionario Enciclopédico Salvat, señala:

---

<sup>1</sup> **Diccionario Jurídico Sobre La Seguridad Social**, Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas, Ed UNAM México, 1994, Pag 402

“La palabra social viene del latín *socialis*, que es lo perteneciente o relativo a la sociedad o a las contiendas entre unas y otras clases. Lo perteneciente o relativo a una compañía o sociedad, o a los socios o compañeros, aliados o confederados”.<sup>2</sup>

De la unión de ambos vocablos, podríamos insinuar que la Seguridad Social es un mecanismo que asegura el buen funcionamiento de la sociedad, para evitar que ésta falle, o más bien satisfacer las necesidades de la misma.

Es decir, que en un sentido amplio, la Seguridad Social debe ser entendida como el conjunto más o menos armónico de instituciones que tienen por objeto atender los estados de necesidad producidos por ciertos hechos denominados contingencias o riesgos sociales.

El concepto de Seguridad Social, puede apreciarse desde dos puntos de vista: desde un punto de vista genérico (acorde a la anterior definición), que comprende la prevención y remedio de toda clase de riesgos sociales y desde un punto de vista que lo considera una etapa en la marcha ascendente de la previsión social, en la que la contribución personal deja de ser condición para obtener los servicios, y resalta como punto de partida la necesidad.

Los autores Manuel Alonso Olea y José Luis Torturo Plaza definen a la Seguridad Social de la siguiente manera:

“Es el conjunto integrado de medidas públicas de ordenación para la prevención y remedio de riesgos personales mediante

---

<sup>2</sup> Diccionario Enciclopédico Salvat Tomo X. Ed. Salvat, España, 1971. pp 2762

prestaciones individualizadas y económicamente evaluables, agregando la idea de que tendencialmente tales medidas se encaminan hacia la protección general de todos los residentes contra las situaciones de necesidad, garantizando un nivel mínimo de rentas”.<sup>3</sup>

Por su parte, Francisco González Díaz Lombardo, en su obra *El Derecho Social y la Seguridad Social integral*, define del siguiente modo a la Seguridad Social:

“Es la rama del Derecho Social que tiene por objeto alcanzar el mayor bienestar social posible para los trabajadores y sus dependientes, y elevar por todos los medios a su alcance, las condiciones económicas, de vida, de salud, de cultural y sociales”.<sup>4</sup>

No obstante las anteriores definiciones, dentro de la Doctrina, existe un importante grupo de juristas, entre los que destacan José Manuel Almansa Pastor y Óscar Ermida Uriarte, que consideran que el concepto de la Seguridad Social es muy difícil de determinar, puesto que no existe un modelo invariable de Seguridad Social, además de que el propio contenido jurídico es mutable por la evolutividad de las circunstancias y los sistemas de organización social, y sobre todo, por la diferente perspectiva, política y jurídicas, desde la que se observa la Seguridad Social. Por tanto, es uno de los conceptos que más se resisten a su juridización.

Sin embargo, la definición que más se aproxima a la naturaleza de la Seguridad Social, es, precisamente, la que nos da Almansa Pastor, quien, a pesar de su aparente postura de indefinición de la Seguridad Social, llega a la siguiente:

<sup>3</sup> *Diccionario Jurídico sobre Seguridad Social Op Cit.* pp 404

<sup>4</sup> *González Díaz Lombardo, Francisco. El Derecho Social y la Seguridad Social Integral.* Ed UNAM, México, 1978, p. 56.

“La Seguridad Social es un instrumento estatal específico protector de necesidades sociales, individuales y colectivas, a cuya protección preventiva, reparadora y recuperadora tienen derecho los individuos, en la extensión, límites y condiciones que las normas dispongan, según permite su organización financiera”.<sup>5</sup>

La anterior definición nos parece la más apropiada en virtud de que hace mención al carácter estatal de la Seguridad Social, puesto que es el Estado, el que en base a su normatividad jurídica, va a proteger las necesidades sociales, individuales y colectivas de los individuos que lo conforman.

Dicha protección que debe ser preventiva, reparadora y recuperadora, no se deja al arbitrio de los gobernantes, ni de otras entidades económicas, sino que se debe dar en la extensión, límites y condiciones que fijen las leyes.

La Seguridad Social nos da la idea de ser un conjunto de acciones, principios y normas, encaminados a atender los estados de necesidad de los trabajadores, garantizándoles el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia, y los servicios sociales necesarios, para el bienestar individual y colectivo de la población.

Por lo tanto, podemos afirmar que la Seguridad Social es un concepto que abarca numerosos programas, cuya finalidad es la de, precisamente, hacer frente a estados que provocan necesidad.

Para poder entender mejor lo anterior, cabe hacer mención que la Seguridad Social, no busca proteger únicamente a aquellos individuos que están ligados a

---

<sup>5</sup> Diccionario Jurídico sobre Seguridad Social Op Cit. pp 404



otros por medio de una relación de trabajo, es decir a la clase trabajadora, ya que su objetivo o meta principal es abarcar a todos los sectores de la sociedad.

### **I.I.I LA SEGURIDAD SOCIAL Y EL DERECHO DEL TRABAJO.**

Ahora bien, ubiquemos a la Seguridad Social dentro del campo del Derecho del Trabajo. Cabe hacer mención que ambos conceptos se encuentran estrechamente ligados, por lo que procederemos a dar la definición de ambos términos.

Trueba Urbina nos da acerca del Derecho del Trabajo, la siguiente definición:

“Es el conjunto de principios, normas e instituciones que protegen, dignifican y tienden a reivindicar a todos los que viven de sus esfuerzos materiales e intelectuales, para la realización de su destino histórico: socializar la vida humana”.<sup>6</sup>

En cuanto a esta definición, se puede rescatar el fin que considera Trueba Urbina, tiene el Derecho del Trabajo: la socialización de la vida humana.

Por otra parte, el maestro Mario de la Cueva, define el mismo concepto de la siguiente manera:

---

<sup>6</sup> Trueba Urbina, Alberto *Nuevo Derecho del Trabajo*, Ed Porrúa, México, 1980

“El Derecho del Trabajo, en su acepción más amplia, se entiende como un conjunto de normas que, a cambio del trabajo humano, intentan realizar el derecho del hombre a una existencia que sea digna de la persona humana y se presenta como un derecho de la clase trabajadora para los trabajadores”.<sup>7</sup>

La definición que nos da Mario de la Cueva del Derecho del Trabajo, nos presenta al mismo, como un derecho de la clase trabajadora, es decir, un derecho clasista.

Sin embargo y de acuerdo con la temática que estamos tratando (la Seguridad Social), el concepto de Derecho del Trabajo que nos parece más apropiado es el que nos da Roberto Muñoz Ramón, en el Diccionario Jurídico de Seguridad Social:

“Derecho del Trabajo es el conjunto de normas que estructuran el trabajo subordinado y que regulan, ordenando hacia la justicia social, armónicamente las relaciones derivadas de su prestación y la proporcional distribución de los beneficios alcanzados por su desarrollo”.<sup>8</sup>

En esta definición se hace especial énfasis en la característica de subordinación que debe tener el trabajo. Asimismo, es importante señalar que este concepto es objetivo, en tanto, que el anterior, del maestro Mario de la Cueva, es de carácter subjetivo.

También y en base a la definición acotada, es importante señalar que el fin del Derecho del Trabajo es la Justicia Social que, en su campo, se manifiesta como

---

<sup>7</sup> De la Cueva, Mario. *El Nuevo Derecho Mexicano del Trabajo*. Ed Porrúa, México. 1982

<sup>8</sup> *Diccionario Jurídico sobre Seguridad Social Instituto de Investigaciones Jurídicas*. Ed UNAM, México. 1994. pp 182

armonía en las relaciones laborales y en la proporcional distribución de los beneficios alcanzados por su desarrollo.

Los Principios del Derecho del Trabajo, y que no debemos confundir con los Principios de la Seguridad Social se dividen en Principios de la Relación Laboral Armónica y en Principio de la Distribución Laboral Proporcional, de acuerdo a Muñoz Ramón.

Así, dentro de los principios de la relación laboral armónica, encontramos los siguientes:

- a) Preeminencia: El hombre es la fuente, centro y fin de las normas laborales.
- b) Dignidad: Los hombres poseen inteligencia, voluntad y fines propios por sí mismos.
- c) Vitalidad. Conservación y desarrollo de la vida de los trabajadores.
- d) Libertad: Trabajadores y patrones son libres para elegir ocupación y asociarse.
- e) Dotación: Acceso de los trabajadores a la propiedad.
- f) Igualdad: Equiparación de trabajadores y patrones.
- g) Subordinación: Distinción entre patrones y trabajadores.
- h) Nivelación: Equilibrio de las fuerzas de las clases sociales.
- i) Producción: Rendimiento del trabajo.
- j) Protección: Tutela de los trabajadores.

El Principio de Distribución Laboral Proporcional, se refiere a la participación, que es la distribución de las utilidades entre los trabajadores y patrones.

## I.I.2 DIFERENCIAS ENTRE SEGURO SOCIAL Y SEGURIDAD SOCIAL

Desde la perspectiva de la Seguridad Social Mexicana, deben distinguirse los conceptos de Seguro Social y Seguridad Social.

La Nueva Ley del Seguro Social en su artículo cuarto nos da una definición de lo que es el Seguro Social en México el cual dice:

“Artículo 4º. El Seguro Social es el instrumento básico de la Seguridad Social, establecido como un servicio público de carácter nacional en los términos de esta ley, sin perjuicio de los sistemas instituidos por otros ordenamientos.”<sup>9</sup>

Incluso en su inicio solo se consideraba a los trabajadores asalariados urbanos, y en forma gradual se fueron integrando a los trabajadores permanentes asalariados del campo, así como a los eventuales urbanos, y de la industria de la construcción, así como ejidatarios, colonos, comuneros y pequeños propietarios, hasta llegar a grupos de no asalariados a través de incorporaciones voluntarias.

En cambio la Seguridad Social es un concepto más amplio, porque abarca los diferentes aspectos y programas, que desarrollan las distintas instituciones establecidas en nuestro país, su objetivo principal, es revitalizar a las clases débiles, mediante la aplicación de medidas económicas, políticas, jurídicas, y

---

<sup>9</sup> Nueva ley del Seguro Social Comentada Tomo I Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección Jurídica. Coordinación General de Comunicación Social p2

sociales, que tienden a proteger o a prevenir la invalidez, la vejez, la cesantía en edad avanzada, el desempleo, la salud.<sup>10</sup>

Como podemos ver la Seguridad Social, es un concepto mas amplio, porque abarca los diferentes aspectos y programas, que desarrollan las distintas instituciones establecidas en nuestro país, para la protección de sus trabajadores y sus familias, en razón de la calidad que estos tienen por estar unos dentro del apartado "A", y otros dentro del apartado "B" del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Es decir, si son trabajadores al servicio del gobierno en sus tres niveles, la Seguridad Social, será impartida por el ISSSTE, por la Defensa Nacional, la Armada de México, y por Instituciones de Seguridad Social, para los trabajadores de los estados, que existen en algunas entidades del país, pero si son trabajadores de empresas privadas, la protección corresponde al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin embargo, recordemos que de acuerdo con la definición que dimos con anterioridad acerca de la Seguridad Social, este término es mucho más amplio que la simple procuración de la salud.

Una vez que han sido enunciadas las diferencias entre el Seguro Social y Seguridad Social, abordaremos lo referente a la finalidad de la Seguridad Social, para posteriormente, en el siguiente tema, analizar los Principios en que se sustenta.

Podríamos afirmar que dentro del concepto Seguridad Social, se comprenden todas aquellas acciones que las entidades realizan para proteger a sus

---

<sup>10</sup> Martínez Morales Rafael I **Derecho Administrativo** Coleccion de Textos Juridicos Universitarios. Ed Harla México 1991. pp 375.

trabajadores o empleados, con el propósito de proporcionar un mejor nivel de vida, para estos y sus familias.

De lo anterior se desprende que las diferentes prestaciones, no comprenden solamente la salud, la asistencia médica o las prestaciones económicas, sino que comprenden también el aspecto intelectual, cultural, familiar y recreativo entre otros, como por ejemplo:

Fomento al deporte, ayuda para estudios, ayuda en caso de matrimonio, nacimientos, vacaciones, ropa de trabajo, subsidios por incapacidad, ayuda para despensa, rentas, reembolsos de gastos médicos y medicinas, seguro de gastos médicos mayores, gasto de funeral, planes de pensiones, jubilaciones, primas de antigüedad, fondo de ahorro, etc.

Las finalidades básicas de la Seguridad Social integral son las siguientes:

- a) Bienestar general de la familia, por medio de la elevación de niveles de vida.
- b) Formación de buenos hábitos y la adquisición de conocimientos que permitan a todos los miembros de la familia conservar la salud física y mental.
- c) Aplicación adecuada del presupuesto familiar en alimentación, vestido y vivienda, entre otros rubros.
- d) Protección del salario del asegurado mediante tiendas, farmacias y otros instrumentos relacionados con la Seguridad Social, a precios bajos.
- e) Principios y prácticas relacionadas con el desarrollo de la educación del niño.
- f) Interés por la recreación y la correcta utilización del tiempo libre.
- g) Práctica deportiva como parte de la medicina

- h) Extensión cultural y desarrollo de la capacidad creadora; el disfrute de las bellas artes y el fomento del ocio recreativo.
- i) La aplicación práctica de los conocimientos adquiridos en actividades lucrativas.
- j) Proyecciones de la vida familiar hacia la comunidad para lograr una conciencia colectiva dirigida al bienestar social.
- k) Solidaridad u promoción de la seguridad social en relación con el bienestar de la comunidad.

## **1.2 PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

Los Principios son criterios o ideas fundamentales de un sistema determinado que se presentan en la forma concreta de aforismo. Así, existen los llamados Principios Generales del Derecho, que son criterios o ideas fundamentales de un sistema jurídico determinado que se presentan en forma de máxima y cuya eficacia como norma supletoria depende del reconocimiento expreso del legislador.

Si bien es cierto que la expresión "Principios Generales del Derecho" ha sido cuestionada y refutada por parte importante de la Doctrina, también lo es que la expresión "Principios de la Seguridad Social", igualmente, ha sido duramente cuestionada, puesto que hay quienes aseguran que dichos principios son imposibles de determinar y otros que advierten que el Derecho de la Seguridad Social no ha desarrollado principios interpretativos típicos.

Carrillo Prieto considera que si se pudieran determinar los Principios Jurídicos de la Seguridad Social, entonces pudiera nacer una nueva disciplina jurídica, independiente del Derecho del Trabajo: El Derecho de la Seguridad Social, como se desprende de la siguiente cita:

“La determinación de los Principios Jurídicos de la Seguridad Social parecería, para algunos, ser la vía de acceso a la especificidad del Derecho de la Seguridad Social”.<sup>11</sup>

No obstante lo anterior, los técnicos y científicos del Derecho han invocado los Principios anteriormente aludidos al hacer diversos intentos de ordenación o de clasificación del Derecho Positivo. Algunos han trasplantado los principios jurídicos de la relación de seguro privado a la Seguridad Social.

Sin embargo, varios autores, han clasificado y esquematizado los principios y concepciones que animan los regímenes de Seguridad Social en diversas partes del mundo, por lo que consideramos benéfico para el trabajo de investigación que estamos desarrollando, hablar de dichos principios, siguiendo al autor aludido.

En el tratamiento del tema en cuestión, la expresión Principios Jurídicos, se emplea de diversas maneras; es notable especialmente cuando se utiliza para referirse a objetivos y propósitos atribuibles a las reglas del sistema.

Los diversos usos de la expresión “Principios Jurídicos” respecto de la Seguridad Social, se revelan como herramientas de descripción y crítica del derecho positivo.

---

<sup>11</sup> Carrillo Prieto, Ignacio **Derecho de la Seguridad Social** Ed McGrawHill, México, 1997, pp 10-11



Además de lo antes dicho, son pautas que indican como deben manejarse y complementarse las normas de seguridad social.

De esta manera, algunos autores consideran que son cuatro los Principios Jurídicos de la Seguridad Social, a saber: Universalidad, Integridad, Unidad y Solidaridad. Estudiaremos por separado, cada uno de esos principios.

El maestro Rafael de Pina, en su Diccionario de Derecho, nos da la siguiente concepción de la expresión Universalidad:

“Conjunto de personas, cosas o derechos constitutivos de una unidad con propia existencia, considerado jurídicamente”.<sup>12</sup>

Es precisamente dentro de este esquema, donde encontramos al primer Principio de la Seguridad Social: la Universalidad, como Principio de la Seguridad Social se refiere a la finalidad, propósito, objetivo o meta de un conjunto dado de normas.

Lo anterior significa que, por este principio, todas las normas de seguridad social persiguen la protección de todos los miembros de la comunidad nacional, en la que opere dicho Sistema de Seguridad Social.

El segundo Principio Jurídico de la Seguridad Social es el Principio de Integridad. Esta expresión también se emplea para referirse a los objetivos a propósito del grupo de normas de seguridad social. Una de sus acepciones podría ser la siguiente:

---

<sup>12</sup> De Pina, Rafael *Diccionario de Derecho*, Ed Porrúa, México, 1996, pp 489

“Integridad es la cobertura de todas las contingencias sociales, cobertura establecida de la manera más amplia, comprendiendo la prevención, la recuperación y la rehabilitación”.

Además del uso que les hemos dado a ambos principios, de Universalidad y de Integridad, éstos admiten un uso diferente, si consideramos que la expresión “Principio Jurídico” tiene varios significados, entre ellos el de regla, guía, u orientación.

Deducido de lo previamente señalado, los principios examinados también podrían referirse a guías o exhortaciones dirigidas al legislador, como lo refiere Carrillo Prieto:

“En efecto, algunos han advertido que los llamados principios de Universalidad y de Integridad animan el tránsito de los sistemas de seguros sociales a sistemas de seguridad social, y al describir las normas de un derecho positivo, dado que establecen sistemas de cobertura cuyo ámbito personal está limitado, por ejemplo, a los trabajadores dependientes, resaltan su insuficiencia, al admitir la Universalidad y la Integridad como tendencias que debe recoger el legislador nacional”.<sup>13</sup>

Lo anterior, recordemos, fue tratado, cuando, al establecer las diferencias entre Seguro Social y Seguridad Social, mencionamos que la Seguridad Social manifiesta una tendencia a proteger a toda la población contra riesgos en general, en tanto que el Seguro Social sólo protege a los trabajadores asalariados en empresas privadas fundamentalmente. De ahí la importancia de los Principios de Universalidad e Integridad, puesto que orientan al legislador para que se establezcan sistemas de mayor cobertura.

---

<sup>13</sup> Carrillo Prieto, Op. Cita. pp 12

El Tercer Principio de la Seguridad Social, lo constituye el Principio de Unidad. Este principio significa la conveniencia de la gestión unitaria del sistema de seguridad social.

El Principio de Seguridad Social se emplea como regla a la que debe conformarse el sistema de Seguridad Social, como recomendación al legislador, como aparece, por ejemplo, en el Plan Beveridge, al que se hace mención en ulteriores páginas.

Podemos concluir respecto a este principio, que sirve de guía y meta a la acción legislativa.

El Cuarto de los Principios Jurídicos de la Seguridad Social es el de Solidaridad. Se ha considerado como propio de los sistemas de seguridad social, o como principio básico de la relación jurídica de Seguridad Social y es considerado por algunos como el fundamento de la Seguridad Social.

La expresión Principio de Solidaridad, tiene dos significados, a saber:

"...

- a) Propiedad fundamental, elemento básico o característica central. Es el caso del uso de la expresión cuando se emplea para aislar un rasgo importante que no podría faltar en una descripción suficientemente informativa de un grupo de normas; y
- b) Verdad ética incuestionable, cuando se emplea la expresión para aludir a las pautas a las que se atribuye un contenido intrínsecamente justo".<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> *Ibidem*, p 12

El uso en el primer sentido, se advierte cuando se caracteriza al Principio de Solidaridad como aquel cuya innovación permite distinguir las instituciones de Seguridad Social de otras análogas, pertenecientes a otra rama del derecho, o cuando se afirma que individualiza y distingue la relación jurídica de Seguridad Social frente a otras.

En cambio, se usa en el segundo sentido en cuanto pretende que el Sistema de Seguridad Social reposa en la coobligación y corresponsabilidad de todos los individuos, grupos y clases en orden al bien común.

Cabe hacer mención que hay otros autores que también consideran como principios de Seguridad Social la equidad, y la legalidad.

### **1.3 LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO**

La declaración de Derechos Sociales en nuestro máximo ordenamiento legal, específicamente en su Título Sexto, Artículo 123, lleva por rubro "Del Trabajo y de la Previsión Social". Dicha denominación proviene del año de 1917.

El maestro Mario de la Cueva considera que "...dicha denominación resulta actualmente inadecuada en su segunda parte, puesto que el desarrollo de nuestras instituciones ha desbordado los límites de la previsión social y se ha volcado, ampliamente sobre el terreno de la Seguridad Social."<sup>15</sup>

Efectivamente, los diputados de la Asamblea Constituyente de Querétaro de 1917, se preocuparon por el trabajador asalariado y limitaron a él los

---

<sup>15</sup> De la Cueva Mario tomo II. Op Cit, pp 33

beneficios de la previsión social; o por lo menos esa fue la interpretación originaria.

Por el contrario, en las leyes vigentes, aunque todavía no tengan el sentido plenamente universal que, como hemos visto, corresponde a la Seguridad Social, se extienden a grupos de personas como cooperativistas, ejidatarios, comuneros, colonos, pequeños propietarios, y a grandes grupos de no asalariados, como comerciantes en pequeño, profesionistas, trabajadores en industrias familiares, artesanos y estudiantes, que no caen dentro del concepto tradicional del trabajador.

De acuerdo y como consecuencia de lo anterior, es de esperarse que en un futuro próximo, el poder expansivo de la Seguridad Social se extienda a toda la población mexicana.

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

La realización de la Seguridad Social, está a cargo de entidades o dependencias públicas federales o locales y de organismos descentralizados, conforme a lo dispuesto por la Ley respectiva y demás ordenamientos legales sobre la materia.

### **1.3.1 INICIO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO**

Los antecedentes de la Seguridad Social en nuestro país se remontan a la época prehispánica.

A través del Tlatoani de Moctezuma, surge el concepto de la Seguridad Social en el México Prehispánico; éste consideró como un deber del Estado, el mirar por el bienestar de los ancianos e inválidos, mandando construir un gran hospital donde deberían ser tratados como gente estimada y digna de todo servicio.

Además, en esta época se desarrollan los Calpullis, que eran organizaciones en las cuales se otorgaba cierta seguridad a los miembros y que constituyen la base para la realización de actividades comunitarias orientadas a proteger y dar seguridad a los más necesitados.

Entre las prácticas comunitarias que tenían los indígenas y que pueden ser consideradas como antecedentes de la Seguridad Social y que estaban orientadas a proteger a la población en los momentos de carestía y escasez de alimentos, se destacan los almacenes del Estado llamados "Petlacalli o Petlalcalco, donde se almacenaban las cosechas de las tierras del palacio, en los que se depositaban los productos de la recaudación fiscal. Estos graneros no sólo servían para satisfacer las necesidades de los gobernantes y funcionarios, sino también estaban para beneficio de la población.

Sin embargo, aparte de estas prácticas aisladas, las primeras disposiciones que pueden ser consideradas como antecedente de la Seguridad Social se inician

en la época colonial. Precisamente, en los siglos XVI y XVII, se expiden disposiciones en materia de trabajo, por medio de cédulas reales, que contienen las ordenanzas dadas o aprobadas por los virreyes.

Dichas ordenanzas iban desde la reglamentación del trabajo, fijación de salarios hasta prestaciones, prohibición de trabajo forzoso, maltrato o vejación a la libre voluntad para contratar.

Así pues, las ordenanzas fueron instituciones que controlaban la actividad de los hombres bajo el marco de un gobierno absolutista.

Durante la Colonia se expidieron Las Leyes de Indias, de 1561 a 1769, en las que se encuentran las siguientes disposiciones, relativas a la Seguridad Social: limitación de jornada de trabajo, protección al trabajador en el desempeño de su trabajo, salario mínimo y protección a niños y mujeres.

Es en esta época cuando surgen las cajas de comunidades indígenas. Estas tienen la influencia de las instituciones prehispánicas y de las cofradías españolas. Las cajas de comunidades indígenas consistían en un fondo de ahorro, dedicado a la atención de los servicios municipales y religiosos de la comunidad. Estos servicios eran los de la enseñanza, la atención médica gratuita, la protección de ancianos y desvalidos y el fomento agrícola con la concesión de créditos.

Durante el período colonial fue muy importante la influencia que tuvieron las cajas de comunidades indígenas y las cofradías españolas. Esta influencia se dio en el sistema de contraprestación, en el cual se establecían cuotas destinadas a cubrir los riesgos por anticipado.

En 1771, por orden de Carlos III, se fundó el primer Montepío; los Montepíos incluían asistencia social a los trabajadores del virreinato. Posteriormente se fundó el Monte de Piedad en México.

Una vez iniciada la guerra de independencia, el primer acto trascendental de los insurgentes fue la abolición de la esclavitud, decretada por Miguel Hidalgo en Valladolid, el 19 de octubre de 1810. Morelos continuó con el movimiento, encausándolo hacia una verdadera liberación, una revolución democrática.

En 1813, Morelos, en sus famosos "Sentimientos de la Nación", sienta las bases de un programa de Seguridad Social, al señalar que es preciso que se moderen la opulencia y la indigencia, que se mejore el jornal al pobre, que mejoren sus costumbres y que se aleje de la ignorancia.

En este documento, se prevén una serie de preceptos que hoy están incluidos en los programas de Seguridad Social, la lucha contra la esclavitud y contra las castas privilegiadas, porque se establecen principios de igualdad en el disfrute de bienes y servicios.

En la Constitución de 1824, se hace, mención a la existencia de retiros y pensiones para empleados públicos de la federación. En 1832, por decreto, las pensiones se hacen extensivas a las madres de los servidores públicos.

La Constitución de 1824 es la expresión de las condiciones difíciles y dramáticas en que fue alumbrada la nación mexicana. La independencia política no mejoró en nada las condiciones de vida. Para el año de 1823, la jornada de trabajo promedio era de 18 horas y los salarios habían perdido su



poder adquisitivo; los niños y las mujeres eran explotados indiscriminadamente por un sueldo raquítrico.

En 1857 fue promulgada una nueva Constitución, la cual contenía el principio de que nadie puede ser obligado a prestar trabajos personales, sin una justa retribución y sin pleno consentimiento. Sin embargo, dicho ordenamiento legal no trató de fondo el problemas de la injusticia social que existía, lo que dio por resultado su agudización durante el porfiriato, hasta hacerla insostenible a principios del presente siglo.

En 1875, se constituye la primera Asociación Mutualista de Empleados Públicos, siendo éste el primer organismo representante de los empleados federales.

El 29 de mayo de 1896, se expide la ley de pensiones, montepios y retiros para civiles y militares, en el cual se concede como montepío la cuarta parte del sueldo del causante y se reconoce con derecho a la viuda, a las hijas que se casen o mueran y los hijos hasta los 21 años.

Así, a principios de este siglo, prevalecía en el país, un sistema agrario, donde la riqueza estaba concentrada principalmente en los grandes terratenientes y los burgueses extranjeros, lo que produjo una preocupación por asegurar la vida de los trabajadores mediante el establecimiento de la Seguridad Industrial.

El 30 de abril de 1904, se dictó una ley en donde se señala la obligación de prestar servicios médicos a los trabajadores al igual que su salario hasta por tres meses en caso de accidentes o riesgos de trabajo.

En el estado de Nuevo León, el 9 de noviembre de 1906, se definió al riesgo de trabajo como aquel que ocurre a los empleados y operarios en el desempeño de su trabajo o en ocasión de él y fijó indemnizaciones en caso de incapacidad permanente, por el importe de hasta dos años de salario.

El movimiento político más importante de inicio de siglo, se basó en el Programa del Partido Liberal, firmado el primero de julio de 1906 en San Luis Missouri, por Ricardo Flores Magón, entre otros, convirtiéndose en el documento político más importante de la época, puesto que abarcó toda la problemática social, económica, política y jurídica de México en esa época.

En cuanto a la Seguridad Social, se formularon las siguientes proposiciones: prohibición del trabajo de los menores de catorce años, alojamientos higiénicos para los trabajadores rurales; higiene y seguridad industrial e indemnizaciones por los accidentes de trabajo, entre otros.

Madero prometió asegurar pensiones a los obreros mutilados en la industria, en las minas o en la agricultura y a sus familias, aunque nunca se dieron en la realidad.

En 1914, Carranza promulgó un decreto en el cual se comprometía a expedir y poner en vigor todas las leyes y disposiciones encaminadas a mejorar las condiciones de vida de las clases proletarias, prometiendo una legislación más justa, donde se realizaran reformas sociales y económicas que abarcara lo referente a accidentes de trabajo, pensiones de retiro, horas de labor e higiene y seguridad en los talleres, entre otras.

Es propiamente en el período revolucionario cuando surge en México el concepto de Seguridad Social. Es en los años de 1914 y 1915 cuando surgen las leyes y decretos creadores del Derecho del Trabajo y de la Previsión Social y que concluirían con la Declaración de Derechos Sociales de la Constitución de 1917.

El 23 de agosto de 1914, en Aguascalientes se decreta la reducción de la jornada de trabajo a ocho horas, se implanta el descanso semanal y se implanta el salario mínimo.

En la Constitución de 1917, al incorporar los principios de seguridad y previsión social en el artículo 123, se le otorgó a la misma el carácter de obligatoria.

En el mismo ordenamiento, se estipula que es de utilidad pública la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicio de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares.

Fue hasta la segunda década del presente siglo que empezó a cobrar fuerza la preocupación sobre Previsión Laboral y Seguridad Social, a raíz del movimiento revolucionario emprendido en 1910.

“El período de 1920 a 1945 fue el momento de madurez para el inicio del sistema de seguridad social. Durante estos años tuvo lugar el proceso de institucionalización de la revolución, lo cual resultó en el marco político para el sistema de las relaciones laborales y la política general distributiva que ha

imperado en el país, donde se definieron los rasgos característicos de la seguridad social mexicana”.<sup>16</sup>

Lo anterior, queda plenamente confirmado, puesto que fue hasta los años veinte que comenzó a discutirse sistemáticamente el tema de la Seguridad Social, empezando con el Presidente Alvaro Obregón, quien estaba a favor de un sistema administrado por el Estado.

Cabe señalar que Alvaro Obregón antes de ser presidente, hizo un convenio con la CROM, (Confederación Regional Obrero Mexicana) en el cual se comprometió a establecer un ministerio de trabajo encargado de resolver asuntos relacionados con los asalariados. También se formuló un Proyecto de Ley del Trabajo para el Distrito y Territorios Federales que propuso establecer cajas de ahorro para los trabajadores desempleados.

Obregón, ya estando en el poder, propuso la creación, por parte del Estado, de un impuesto a pagar por los patrones que equivaldría al 10% del salario percibido por los trabajadores. De este modo, se iría formando una reserva económica que administraría el sector público para asegurar la efectividad de los servicios que se proporcionarían a los empleados. Esto cubriría indemnizaciones por accidentes, jubilaciones por vejez y seguro de vida.

Bajo el gobierno de Calles, se expidió la Ley General de Pensiones Civiles de Retiro, la cual fue el antecedente de la actual Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En esta ley, se contemplaban las pensiones por vejez e inhabilitación y las pensiones para los

---

<sup>16</sup> **Aportaciones al Debate. La Seguridad Social ante el futuro** *Instituto Mexicano del Seguro Social, Mexico, 1995, pp 5*

deudos del trabajador; se ofrecía, asimismo, la pensión de retiro a los 65 años de edad y después de 15 años de servicio.

Para fines de la década de los años veinte, la Seguridad Social se había convertido en una bandera política. Así, cuando Obregón buscó reelegirse en 1928, hizo campaña con su Partido, incluyendo la Previsión Social y prometió la instalación de un sistema de Seguridad Social.

A pesar de una fuerte oposición de trabajadores y patrones, en julio de 1929 se logró reformar la Constitución para establecer que los asuntos laborales y de bienestar social serían materia de legislación federal. Consecuentemente, el 28 de agosto de 1931, se promulgó la Ley Federal del Trabajo, que incluía con respecto a la Seguridad Social, sólo lo referente a enfermedades y accidentes del trabajo y una indemnización para los empleados despedidos injustificadamente.

“Especialmente durante los años treinta se dio una intensa discusión y se elaboraron diversos proyectos sobre la seguridad social”.<sup>17</sup>

Entre dichos proyectos, destaca el elaborado en 1938, durante la administración del Presidente Lázaro Cárdenas, por Ignacio García Téllez, en el que proponía la creación de un Instituto de Seguros Sociales de aportación tripartita que incluía al Estado, a los trabajadores y a los empleadores y que cubría las enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, las enfermedades no profesionales y maternidad, vejez e invalidez y desocupación involuntaria.

---

<sup>17</sup> Aportaciones al Debate. Op Cit. pp 6

El 31 de diciembre de 1942 se expidió la Ley del Seguro Social y el 19 de enero de 1943 fue publicada en el Diario Oficial. Así, el 1º de enero de 1944, comenzaría a operar el Seguro Social, con lo que formalmente iniciaba el Sistema de Seguridad Social en México.

### **1.3.2 EVOLUCIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

En el año de 1955 se crea la Dirección de Pensiones Civiles y de Retiro, para cubrir una parte de la seguridad social de los militares.

A finales de 1959, cuando el sector público comenzó a crecer, surgió la necesidad de ampliar la política de bienestar. Se sustituyó la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que era únicamente para los trabajadores mencionados en el apartado B del artículo 123 constitucional. En el mismo año, la Ley del Seguro Social se reformó para extender el régimen a nuevos núcleos de población, como los artesanos, pequeños comerciantes, profesionistas libres, ejidatarios, pequeños agricultores y aparceros. El surgimiento del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) tiene tal importancia, que lleva a Héctor Gastón Riestra Córdova, a considerar lo siguiente:

“Por primera vez se concreta en el ISSSTE una visión integral de la Seguridad Social, que cubre prestaciones relativas a la salud, prestaciones sociales, culturales y económicas, haciéndose extensivo el beneficio a los familiares de los trabajadores.”<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Diccionario Jurídico sobre Seguridad Social. Op Cit. pp 269

El 18 de agosto de 1960, aparece publicado en el Diario Oficial de la Federación, el Reglamento del Seguro Social, obligatorio para los trabajadores del campo. En los años siguientes, se dieron algunos avances principalmente relacionados con los servicios proporcionados por las instituciones encargadas de la administración de la seguridad social. En 1973 fue promulgada una Nueva Ley del Seguro Social.

En el año 1976, Luis Echeverría, ampliando el campo de aplicación del derecho de la Seguridad Social, para convertir el sistema mexicano de la Seguridad Social a un sistema integral, incorporó a los institutos de las fuerzas armadas con las fuerzas activas de la nación. La promulgación de la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de junio de 1976.

Posteriormente en el año de 1984, es expedida una Nueva Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, que es la que actualmente rige dicha Institución.

En 1988, se dio un importante impulso a la Seguridad Social, con el anuncio de la participación de las comunidades y del gobierno para consolidar la descentralización y coordinación de los servicios de salud.

En el desarrollo del presente capítulo, no se hace especial mención tanto de la Ley del Seguro Social, como del Instituto Mexicano del Seguro Social, en virtud de que ambos serán tratados en el capítulo posterior.

Sólo mencionaremos, que en 1995, fue aprobada por el Congreso de la Unión, una Nueva Ley del Seguro Social, que será analizada en ulteriores capítulos.

Algunas entidades públicas, cuentan con servicios asistenciales propios: es el caso de Petróleos Mexicanos, entre los más significativos.

Así, en la actualidad, en nuestro país, existen tres ordenamientos principales en lo que a Seguridad Social se refiere: la Ley del Seguro Social, (para los trabajadores contemplados en el inciso A del artículo 123 de la constitución), la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (para los trabajadores contemplados en el inciso b del artículo 123 constitucional), y la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas.

Asimismo, existen tres instituciones principales dentro del Sistema de Seguridad Social que impera en México: 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).

Para concluir, se plantea la cuestión: ¿La Seguridad Social ha de permanecer centrada alrededor de la categoría trabajador—asalariado y constituir un mecanismo de garantía del salario, o bien, debe significar un sistema de garantía de prestaciones mínimas para todo miembro de la colectividad? La pregunta es sobre el fundamento mismo de los interesados en la sociedad, justificando así las prestaciones debidas a los trabajadores en las necesidades de los individuos, ejerzan o no actividades productivas.

Para dar respuesta a la cuestión planteada, consideramos, al igual que Mario de la Cueva que en las leyes vigentes, aunque todavía no tengan el sentido plenamente universal que, como hemos visto, corresponde a la Seguridad



Social, se extienden a grupos de personas como cooperativistas, ejidatarios, colonos, comuneros, pequeños propietarios, profesionistas, comerciantes en pequeño, artesanos, estudiantes, trabajadores en industrias familiares, etc; que no caen dentro del concepto tradicional del trabajador.

De acuerdo y como consecuencia de lo anterior, es de esperarse que en un futuro próximo, el poder expansivo de la Seguridad Social se extienda a toda la población mexicana.

## **CAPITULO II. EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y SU LEGISLACIÓN**

En el primer capítulo de este trabajo de investigación analizamos el concepto, aspectos esenciales y principios de la Seguridad Social, especialmente sus características primordiales y su surgimiento y evolución en nuestro país.

Siguiendo con la secuencia que decidimos establecer en el presente trabajo de investigación, en este capítulo abordaremos lo referente al Instituto Mexicano del Seguro Social, así como la legislación que lo ha regulado a lo largo de su historia, a saber: la Ley del Seguro Social de 1943, la de 1973 y sobre todo, la Nueva Ley de 1995.

Lo anterior nos permitirá conocer la estructura interna de esta institución y además, nos dará una visión integral de la evolución de la Seguridad Social en la más importante institución de este tipo en nuestro país.

Enrique Sariñana Olavarría nos da la siguiente concepción acerca del Instituto Mexicano del Seguro Social:

“Nosotros consideramos que el IMSS es una persona moral, creada en ejercicio de sus atribuciones por el Congreso de la Unión, estableciendo a éste en la Ley del Seguro Social, dándole el carácter de un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios. Dicho patrimonio se constituye parcialmente por fondos del gobierno federal, fondos de los particulares y de los patrones o empresas en forma de cuotas y aportaciones que por ley están obligados”<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> *Diccionario Jurídico sobre Seguridad Social*, Op Cit. pp 277

Consideramos que la concepción que se nos da en la definición anterior acerca del IMSS es correcta, puesto que es precisamente el IMSS, el organismo básico cuyo objetivo y función primordial es organizar, administrar y estructurar el sistema de Seguridad Social en nuestro país.

Para describir técnica y jurídicamente al Instituto Mexicano del Seguro Social, forzosamente nos tenemos que remitir al texto legal, esto es, su ley. En razón de que en un posterior inciso analizaremos la Ley del Seguro Social de 1995, que es la que rige actualmente, será en ese momento cuando describamos la organización interna, técnica y jurídica actual del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## **2.1 ANTECEDENTES**

Como mencionamos en el capítulo precedente, la Seguridad Social en México tiene por finalidad, garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el estado.

El principal instrumento de la Seguridad Social es el Seguro Social, cuya organización y administración, en nuestro país, se encarga precisamente al organismo denominado Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Lo anterior evidencia la necesidad de abocarse al estudio de dicha institución. En este inciso trataremos acerca de los antecedentes del IMSS; mediante un esbozo histórico que comprenda los orígenes de su formación hasta la situación actual de este instrumento de justicia social. Cabe señalar, que en este inciso no se abordará lo referente a las Leyes del Seguro Social que han

estado vigentes a lo largo de la historia de la institución, puesto que éstas serán analizadas en incisos posteriores.

Si bien es cierto que el origen, las finalidades y las funciones de la Seguridad Social en general tienen como punto de partida la industrialización, también lo es que los antecedentes más remotos sobre aseguramiento de los trabajadores y de sus familiares en nuestro país, lo encontramos evidentemente a principios de este siglo.

Tales antecedentes son dos disposiciones de rango estatal: la Ley de Accidentes de Trabajo del Estado de México, expedida el 30 de abril de 1904, y la Ley sobre Accidentes de Trabajo, del Estado de Nuevo León, expedida en Monterrey el 9 de abril de 1906.

En estos dos ordenamientos legales se reconocía, por primera vez en el país, la obligación para los empresarios de atender a sus trabajadores en caso de enfermedad, accidente o muerte, derivados del cumplimiento de sus labores.

Con la Constitución de 1917, se hace referencia al establecimiento de un Seguro Social, como se desprende de la siguiente cita:

“La base constitucional del seguro social en México se encuentra en el artículo 123 de la Carta Magna promulgada el 5 de febrero de 1917. Ahí se declara de “utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares como los de invalidez, de vida, de cesación involuntaria en el trabajo, de accidentes y de otros con fines similares”<sup>20</sup>

Sin embargo, y a manera de crítica, debemos señalar que el mencionado precepto, sólo señala de manera vaga el establecimiento de un Seguro Social.

---

<sup>20</sup> Internet. URL [http://www.imss.gob.mx/ig\\_historia.html](http://www.imss.gob.mx/ig_historia.html) p p 2

A finales de 1925, se presentó una iniciativa de Ley sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Lo importante de la misma, es que en ella se disponía la creación de un Instituto Nacional de Seguros Sociales, que tendría una administración tripartita, pero cuya integración económica habría de corresponder exclusivamente al sector patronal.

Asimismo, se definía con precisión la responsabilidad de los empresarios en los accidentes de trabajo y se determinaba el monto y la forma de pago de las indemnizaciones correspondientes.

El principal motivo de que esta iniciativa de ley no pasara a ser más que eso, fue la inconformidad que generó entre los patrones, puesto que serían los únicos que contribuirían a su sostenimiento y consideraban que también otros sectores deberían aportar.

El interés por contar con una Ley del Seguro Social, llevó en 1929, a que el Congreso de la Unión modificara la fracción XXIX del artículo 123 de la Constitución Mexicana, para que ésta quedase con la siguiente redacción:

“...Se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes y otros con fines análogos”<sup>21</sup>

No obstante esta reforma, aún habría de pasar casi quince años para que esta ley se hiciera realidad.

Posteriormente, en el año de 1935, el presidente Lázaro Cárdenas envió a los legisladores un proyecto de Ley del Seguro Social, en el cual se encomendaba la prestación del servicio a un Instituto de Seguros Sociales, con aportaciones y administración tripartitas, que incorporaría a todos los asalariados, tanto industriales como agrícolas.

<sup>21</sup> *Internet. URL* [http://www.imss.gob.mx/ig\\_historia.html](http://www.imss.gob.mx/ig_historia.html) pp 1

Mas sin embargo, dicha iniciativa de ley no fue aprobada por los legisladores, puesto que se consideró que aún faltaban estudios más profundos al respecto.

Por lo anterior, se elaboró un nuevo proyecto que resumía la experiencia de los anteriores. Su principal autor fue el titular de la Secretaría de Gobernación, Ignacio García Téllez y se refería a lo siguiente:

“El proyecto de García Téllez se refería a la creación de un Instituto de Seguros Sociales, de aportación tripartita, que incluía al Estado, a los trabajadores asegurados y a sus patrones y que cubriría o prevendría los siguientes riesgos sociales: enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, enfermedades no profesionales y maternidad, vejez e invalidez y desocupación involuntaria”<sup>22</sup>

Una vez que fue aprobada por un consejo de ministros, dicho proyecto fue enviado para su discusión a la Cámara de Diputados en diciembre de 1938. Sin embargo, tampoco llegó a ser aprobado, puesto que los legisladores consideraron primordial que dicho proyecto estuviera fundamentado en bases actuariales.

Finalmente, en 1942, confluían todas las circunstancias favorables, para que pudiera implantarse en México el Seguro Social. Manuel Ávila Camacho había creado la Secretaría de Trabajo y Previsión Social y nombrado Secretario de la misma a Ignacio García Téllez, con el claro objetivo de limar las asperezas que hubiere entre obreros y patrones.

En diciembre de ese mismo año, se envió a las Cámaras la iniciativa de Ley del Seguro Social, proponiendo como suprema justificación, el cumplimiento de los ideales de la Revolución Mexicana, y con la siguiente finalidad:

---

<sup>22</sup> *Internet. URL* [http://www.imss.gob.mx/ig\\_historia.html](http://www.imss.gob.mx/ig_historia.html) pp 2

"...proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva y la tranquilidad de la familia; contribuir al cumplimiento de un deber legal, de compromisos exteriores y de promesas gubernamentales"<sup>23</sup>

El Congreso de la Unión aprobó la Iniciativa y se publicó en el Diario Oficial la Ley del Seguro Social el 19 de enero de 1943.

Como instrumento básico para garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, se establece el Seguro Social, y para administrarlo y organizarlo, se decreta la creación de un organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Al iniciar actividades el nuevo organismo, su primer director, Vicente Santos Guajardo y su equipo de trabajo se dedicaron a realizar proyectos e investigaciones en diversas ramas de aseguramiento, a estudiar experiencias de otros países en el campo de Seguridad Social para aplicarlas en México, a divulgar información acerca de la Seguridad Social y a convencer a patrones y trabajadores acerca de los beneficios de la aplicación de la Ley del Seguro Social.

No obstante, el Instituto no empezó a operar sino hasta el año posterior, 1944, mientras, se realizó la afiliación de patrones, trabajadores y beneficiarios.

En diciembre de 1943, García Téllez es nombrado nuevo director del Instituto y unos cuantos días después, el 6 de enero de 1944, se pone en marcha formalmente el otorgamiento de servicios médicos en todas las modalidades prescritas.

---

<sup>23</sup> *Internet. URL* [http://www.imss.gob.mx/ig\\_historia.html](http://www.imss.gob.mx/ig_historia.html) pp 3

El 14 de mayo de 1944 se publicó el Reglamento de la Ley del Seguro Social en lo relativo a la inscripción de trabajadores y patrones.

Sin embargo, el inicio del Instituto Mexicano del Seguro Social, no estuvo exento de conflictos e inconformidades, como se deduce de la siguiente cita:

"Sin embargo, durante algunos meses continuaron las manifestaciones de inconformidad y los ataques contra la introducción del sistema. Estos provenían de varios sectores empresariales que se resistían al nuevo pago implicado en las cuotas de la Seguridad Social. Curiosamente, también algunos grupos sindicales realizaron numerosas expresiones de rechazo"<sup>24</sup>

No obstante, poco a poco se fueron solucionando estos conflictos, en virtud de la decidida actitud del gobierno de poner en marcha el Seguro Social en todos sus ramos. Así, al concluir el año de 1946, el sistema ya operaba, además del Distrito Federal, en Puebla, Monterrey y Guadalajara.

El Instituto, tras sus primeros tiempos de dificultades políticas y angustias financieras, había alcanzado la seguridad económica necesaria y el reconocimiento general por la importancia y trascendencia de sus beneficios.

Durante el sexenio de Miguel Alemán (1946-1952), se consolidó en el IMSS, un notable equipo sociomédico, al tiempo que se ampliaban sus servicios y el régimen se extendía a otras entidades federativas. Se inauguró el primer hospital de zona, "La Raza" y el edificio principal ubicado en el Paseo de la Reforma, para personal administrativo.

Durante la administración 1952-1958, siendo Presidente de la República, Adolfo Ruiz Cortines y director general del Instituto, Antonio Ortiz Mena, se buscó asegurar el equilibrio financiero de la institución mediante la

---

<sup>24</sup> Internet. URL [http://www.imss.gob.mx/ig\\_historia.html](http://www.imss.gob.mx/ig_historia.html) pp 4



reorganización administrativa. Asimismo, se diseñó un plan de inversiones que incluía la construcción de grandes unidades hospitalarias de tercer nivel; dotar de casas a los trabajadores de la propia institución, así como asegurar el pago oportuno de subsidios y pensiones; y se inició en el Distrito Federal el sistema de Medicina Familiar. A finales del período estaban cubiertos los principales centros industriales y agrícolas del país.

En 1954 se inició la primera incorporación de trabajadores agrícolas, al Seguro Social en el norte del país, cuyos estados tenían mayor desarrollo en el campo, tales como Sonora, Baja California y Sinaloa.

López Mateos continuó con la política de crecimiento en materia de seguridad social, en particular en lo referente al número de asegurados y beneficiarios. Por las reformas a la Ley Federal del Trabajo de 1962 quedó a cargo del Instituto proporcionar los servicios de guardería infantil para los hijos de las trabajadoras, sin embargo esta atribución se consigno en la Ley del Seguro Social hasta 1973, iniciando la prestación de estos servicios por este organismo a partir de esa fecha. Parte relevante de la administración de López Mateos en materia de Seguridad Social, lo constituyo la ampliación de los beneficios del Seguro Social a otros grupos de trabajadores del campo, tales como ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios, así como a los productores de caña de azúcar aunque a mínima escala.

Del mismo modo, el Centro Médico Nacional entró en funcionamiento pleno y se ampliaron los servicios de prestaciones sociales por medio de teatros, actividades deportivas y talleres. Para 1964, ya se encontraban protegidos por el Seguro Social poco más de 6 millones de mexicanos.

En el periodo 1964.1970, siendo presidente Gustavo Díaz Ordaz, se puso especial atención en que los servicios que prestaba el Instituto se efectuaran de manera rápida y eficaz, logrando un equilibrio financiero, que permitió su

paulatino desarrollo, llegando en 1970 a la cifra de 9 millones de mexicanos protegidos por el Seguro Social.

A pesar de lo anterior, y de las altas tasas de crecimiento, era claro que el Instituto Mexicano del Seguro Social no estaba incorporando con agilidad a toda la población:

“En algunos estados, la cobertura era muy baja y el marco legal no era conducente a la afiliación de no asalariados, además de que grupos rurales de menores ingresos y la naciente —pero explosivamente creciente— clase urbana de bajos ingresos no se estaba afiliando”<sup>25</sup>

Precisamente por ello, la política del Presidente Echeverría (1970-1976) en materia de seguridad social y específicamente en relación con el IMSS, fue de carácter expansionista, con el afán de hacer extensivos a toda la población, los frutos del desarrollo económico logrado por el país. El Seguro Social, constituía una de las instituciones más eficaces para construir la justicia social entre los mexicanos.

Con la expedición de una nueva Ley, publicada en marzo de 1973 se aplicaron los beneficios del régimen obligatorio y se extendió la Seguridad Social, con esquemas más justos a los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios organizados en sociedades agrícolas, con este nuevo ordenamiento se incorporaron también los trabajadores de industrias familiares y demás trabajadores no asalariados, tales como pequeños comerciantes, artesanos, profesionistas, patrones, personas físicas etc.

En el sexenio de 1973 a 1982 se sentaron las bases para que el Seguro Social conjuntamente con COPLAMAR (Comisión de planeación para grupos marginados y reprimidos.) otorgará los servicios médicos a grandes grupos de población rural asentadas en las zonas más pobres y marginadas del territorio

---

<sup>25</sup> *Aportaciones al Debate*, Op Cit, pp 11

nacional, cuya prestación desde sus inicios para esta gente fue gratuita, considerándose solo una contraprestación por los propios beneficiados a través de trabajos comunitarios para beneficio de la propia población.

Durante el mismo periodo se hizo énfasis en extender el régimen del Seguro Social a la mayor parte de los municipios del país, poniendo especial atención en el ámbito del campo, lo que facilitó la construcción de hospitales, clínicas, y guarderías.

Destaca como punto relevante de la administración de José López Portillo, el acuerdo presidencial que normó las relaciones entre el Seguro Social y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en lo relativo al cobro de las cuotas obrero-patronales, con carácter fiscal y a través de las oficinas de Hacienda

Al iniciar el sexenio 1982-1988, debido a la grave crisis económica, el gobierno se vio obligado a reestructurar sus políticas económicas para volverlas más austeras y para optimizar su existencia, sin que ello implicara mayores cargas a los fondos públicos, manteniendo intacta la calidad de las prestaciones que brindaba.

Pese a los momentos difíciles de los años 1982 y siguientes, el Instituto siguió avanzando para lograr que la totalidad de la población con una relación formal de trabajo se incorporara al sistema de Seguridad Social. Para 1987, el régimen ordinario cubría ya casi 33 millones de mexicanos, de los cuales más de 7 millones eran asegurados permanentes.

Durante el sexenio de Salinas de Gortari, el gobierno se propuso mejorar la calidad de los diferentes servicios que otorga el IMSS, dentro de los cuales destaca el reforzamiento de la medicina preventiva, el fomento de la salud, salud reproductiva, planificación familiar; así como la ampliación de clínicas y hospitales, e incremento del monto de las pensiones.

Sin embargo estas mejoras a los servicios se fueron deteriorando en razón fundamentalmente a cuestiones de tipo financiero, por esa razón en 1995, ya en el actual periodo presidencial, se realizó un profundo estudio y análisis del Seguro Social, que permitió tener un diagnóstico claro de sus fortalezas y de sus debilidades, que dieron origen a la iniciativa de una nueva Ley del Seguro Social, aprobada por el Congreso de la Unión y publicada en el Diario Oficial de la Federación en diciembre de 1995. Este nuevo ordenamiento entre otros aspectos modifica radicalmente el sistema de pensiones, reduce la aportación del sector empresarial, incrementa sustancialmente la aportación del gobierno, y establece esquemas más flexibles para la incorporación de trabajadores no asalariados.

Como dato interesante, mencionaremos que a finales de octubre de 1999, la población derechohabiente ascendía a 44 millones de personas. El total de asegurados permanentes llegó a 14 millones y el total de pensionados es de un millón 700 mil, para esas fechas.

A manera de conclusión, diremos que después de más de 56 años de servicios ininterrumpidos, el Instituto Mexicano del Seguro Social, ha superado momentos difíciles, derivados de su propia situación o arrastrado por los sucesos nacionales. A pesar de las deficiencias que padece, sigue siendo recurso invaluable para la salud y el bienestar de los trabajadores mexicanos y se enfrenta decididamente al reto de construir la Seguridad Social mexicana del próximo siglo; y es precisamente, en este marco, en el cual se plantea la Reglamentación de la Subrogación de Servicios.

## 2.2 LEY DEL SEGURO SOCIAL DE 1943

Como ya se ha señalado, el 31 de diciembre de 1942 se expidió la Primera Ley del Seguro Social y el 19 de enero de 1943 se publicó en el Diario Oficial de la Federación. Se puede decir sin jactancia, que la Ley del Seguro Social fue una de las más avanzadas a nivel mundial en su aspecto técnico y jurídico, merced a su doble origen: Los ideales de la revolución mexicana y los cuidadosos y largos estudios de seguros a nivel mundial que se hicieron. Como ejemplo de ello tenemos la siguiente cita:

"El proyecto de ley que le sirvió de antecedente fue elogiado por la Oficina Internacional del Trabajo, quien consideró que era completo porque se extendía potencialmente al conjunto de los trabajadores económicamente dependientes sin mirar a la profesión y al salario, sin mirar tampoco a la naturaleza de las empresas y al número de obreros que ellas ocupan"<sup>26</sup>

Además de los aspectos que se contenían en esta Ley del Seguro Social se establece la creación del IMSS, en el artículo 2º de la misma:

"Artículo 2º. Para la organización y administración del Seguro Social, se crea, con personalidad jurídica propia, un organismo descentralizado, con domicilio en la Ciudad de México, que se denominará << Instituto Mexicano del Seguro Social >>"<sup>27</sup>

Después de realizar minuciosos estudios, se confirmó por decreto presidencial en el mes de mayo que el Seguro Social habría de comenzar a operar el primero de enero de 1944, cubriendo los siguientes riesgos: accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, enfermedades generales y maternidad, invalidez, vejez y muerte, y desocupación en edad avanzada.

<sup>26</sup> Guerrero Euquerio, *Manual de Derecho del Trabajo*, Ed. Porrúa, México, 1986, pp. 570

<sup>27</sup> Ley del Seguro Social de 1943, en *Ley del Seguro Social*, IMSS, México, 1973, pp. 206

Asimismo se le otorgó un carácter obligatorio, argumentando que si fuera voluntario sería aprovechado por un corto número de personas previsoras, cuando lo que se buscaba era proteger a los sectores económicamente débiles de la población.

Igualmente se estableció que dicha obligatoriedad se iría extendiendo paulatinamente para llegar a cubrir eventualmente a todos los sectores de la población. Al mismo tiempo, se crearon los seguros facultativos para los trabajadores que por sus circunstancias no quedarán incluidos en el régimen obligatorio en ese momento (trabajadores de empresas de tipo familiar, a domicilio, domésticos, del campo, temporales, eventuales, los independientes como profesionistas libres y los ejidatarios).

De esta forma el gobierno de México no sólo buscaba salvaguardar la salud y bienestar de los trabajadores, sino también impulsar la productividad. La exposición de motivos de la ley argumentaba:

“Creando en el obrero un estado de tranquilidad respecto a trascendentales incertidumbres, aumentar su capacidad de rendimiento, evita innumerables posibilidades de conflictos y tiende a crear un mejor entendimiento que permite el desarrollo de nuestra economía”<sup>28</sup>

Como pone de manifiesto lo anterior, la decisión estratégica del nuevo Seguro Social estaba en la protección a los trabajadores; la cobertura de la población en general se atendería paulatinamente. Abundando más al respecto, la exposición de motivos de la multicitada ley nos señala lo siguiente:

“El régimen del Seguro Social no es susceptible de aplicarse de un modo general o indeterminado a todos los individuos de la sociedad, sino exclusivamente al sector de la población formado por las personas que trabajan mediante la percepción de un salario o sueldo”<sup>29</sup>

<sup>28</sup> *Aportaciones al Debate*, Op Cit. pp 8

<sup>29</sup> Bález Martínez Roberto. *Derecho de la Seguridad Social*. Ed Trillas, México, 1991. pp 228

Lo antes mencionado se relaciona con que el Seguro Social no considera el riesgo particular de cada persona que se asegura, sino que atiende a las condiciones económicas del sector de la colectividad que trata de asegurar.

Así quedó establecido que el Seguro Social constituiría un servicio público — regulado, asegurado y controlado por el Estado— que funcionaría como un organismo descentralizado, cuyos costos se compensarían entre un gran número de empresas y asegurados en un fenómeno colectivo de solidaridad industrial.

En la exposición de motivos de la ley en cuestión, se hace énfasis en la función de interés público del Seguro Social:

“Debe destacarse también que como la protección impartida por el Seguro Social entraña una función de interés público, no puede ser encomendada a empresas privadas, sino que el Estado tiene el deber de intervenir, en su establecimiento y desarrollo, porque quien sufre en última instancia, los riesgos de la pérdida de capacidad de trabajo de los obreros, es la colectividad entera, que con motivo de esos acontecimientos ve trastornadas sus actividades y amplificados muchos de sus problemas”<sup>30</sup>

Asimismo, se estipuló que para su financiamiento, sin considerar los accidentes y las enfermedades profesionales, se necesitaba un monto de recursos equivalente al 12% de la nómina, el cual sería aportado en un 6% por los patrones, en un 3% por los trabajadores y en un 3% por el Estado, para atender enfermedades y maternidad y el seguro de invalidez, vejez y muerte.

Se mantiene para los patrones la carga de los riesgos profesionales, para los demás riesgos se plantea la aportación tripartita: del Estado, de los

---

<sup>30</sup> *Ibidem.* pp 228-229

trabajadores y de los patrones. Se respetan las conquistas obtenidas en contratos colectivos.

De acuerdo con la exposición de motivos, esta Ley tendía a proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva y la tranquilidad de la familia obrera y contribuía al cumplimiento de un deber legal, de compromisos exteriores y de promesas gubernamentales.

Esta Ley sufrió posteriores reformas en los años 1944, 1947, 1949, 1956, 1959, 1965 y 1970. Nos referiremos brevemente, sólo a las más importantes.

Como mencionamos con anterioridad, en 1944, se emitió un decreto mediante el cual la obligación de pagar las aportaciones al IMSS tendría el carácter de fiscal y correspondería al Instituto la determinación de los créditos y las bases para su liquidación, lo que permitió mejora recaudación de cuotas.

Por decreto del 3 de febrero de 1949, se incluyó la prima del seguro familiar en el ramo de enfermedades no profesionales y maternidad, se mejoraron las prestaciones en dinero y en especie y se fomentó la reorganización técnica y administrativa del Instituto.

De la misma forma, por decreto del 29 de diciembre de 1956, se ajustaron los grupos de cotización a la realidad económica del momento al ampliar las prestaciones en especie y en dinero, consolidando dichas prestaciones.

Igualmente, por decreto del 30 de diciembre de 1959, se establecieron las condiciones legales convenientes para continuar las promociones para la extensión del régimen del Seguro Social incluyendo a los trabajadores del campo (como ejidatarios, pequeños agricultores, aparceros y medieros) y urbanos (como pequeños comerciantes y profesionistas libres), se mejoraron prestaciones en especie y en dinero, se ampliaron los grupos de cotización, se



incrementó la prima correspondiente al ramo de enfermedades no profesionales y maternidad.

Asimismo, por decreto del 6 de marzo de 1965, se sientan las bases para la incorporación inmediata del sector campesino transfiriendo del sector patronal la mitad de las contribuciones que se encontraban a su cargo al Estado, con el objeto de que el Estado lleve a cabo aportaciones mayoritarias en el caso de los campesinos que carecen de patrón; es decir, cuotas bipartitas.

A pesar de los diversos cambios que se dieron con motivo de las reformas a la ley en cuestión, en realidad nunca se previó la necesidad de contar con ajustes automáticos al valor de las prestaciones. La ley requería ser actualizada para cumplir con sus objetivos y satisfacer las demandas de los distintos sectores del país.

### **2.3 LEY DEL SEGURO SOCIAL DE 1973**

Esta ley fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 12 de marzo de 1973, y entro en vigor el 1º de abril del mismo año, abrogando la anterior de 1943.

El soporte teórico en que se sustentaba la nueva ley tenía como fundamento la Seguridad Social integral. Es decir, la nueva ley:

“Pretendía atender a las necesidades y las nuevas demandas no sólo de los trabajadores, sino sentar las bases para que eventualmente toda la población tuviera posibilidades de disfrutar de los servicios y prestaciones de la Seguridad Social”<sup>31</sup>

<sup>31</sup> *Aportaciones al Debate*, Op Cit. pp 12

Esto surgió como resultado, que se detectó acertadamente que un número importante de agricultores y población rural en general estaba saliendo del campo hacia las ciudades. Por consiguiente, se estaba agravando el problema de la economía informal, lo que a su vez implicaba que un número importante de mexicanos estaba fuera del desarrollo del país.

En función de esto, la extensión de la Seguridad Social debía entenderse como una instancia de solidaridad nacional en donde los mejor pagados apoyarían a los menos favorecidos.

“En marzo de 1973 se aplicaron los beneficios del régimen obligatorio y se extendió la seguridad social a los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios organizados, incluyéndose asimismo a los trabajadores de industrias familiares y demás trabajadores no asalariados”<sup>32</sup>

De esta manera quedaban establecidos los nuevos elementos que tendría la Seguridad Social: mejorar las prestaciones existentes e introducir otras, crear un nuevo ramo de seguro, el de guarderías, aumentar el número de asegurados, abrir la posibilidad para que nuevos sectores de la población se incorporen voluntariamente al régimen obligatorio, y establecer servicios de solidaridad social sin comprometer los derechos de los asegurados. Concretamente esto pretendía facilitar la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo otorgándoles servicios de guarderías, el establecimiento de fórmulas para facilitar la continuación voluntaria del régimen obligatorio, el perfeccionamiento de los seguros facultativos, y servicios de solidaridad social.

Lo anterior es explicado por el legislador en la exposición de motivos de dicho ordenamiento, de la siguiente manera:

“Esta ley tiene por principales objetivos mejorar las prestaciones existentes e introducir otras: crear un nuevo ramo de seguro, el de guarderías, en beneficio de las madres trabajadoras; aumentar el número de asegurados; abrir la

---

<sup>32</sup> *Diccionario Jurídico sobre Seguridad Social*, Op Cit. pp 286

posibilidad para que nuevos sectores de la población se incorporen voluntariamente al régimen obligatorio; establecer servicios de solidaridad social sin comprometer los derechos de los asegurados; precisar diversos puntos controvertibles de la ley vigente; reordenar preceptos dispersos que se refieren a una misma materia y simplificar, para hacer expeditos, diversos procedimientos<sup>33</sup>

Es importante señalar, por tanto, que una de las innovaciones que trajo consigo el nuevo ordenamiento, fue la existencia de dos regímenes del Seguro Social, tal y como se desprende del artículo 6º de la multicitada ley:

“Artículo 6º. El Seguro Social comprende:

- I. El régimen obligatorio y
- II. El régimen voluntario.”<sup>34</sup>

De igual forma, no sólo sustituye la terminología tradicional de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales por la de riesgos de trabajo, que es la que empleaba la ley laboral vigente, sino que amplía dicho concepto, no restringiéndolo a trabajadores subordinados, para comprender a diversos sujetos de aseguramiento sobre la base de un riesgo socialmente creado, cuyas consecuencias una vez realizado éste, deben ser socialmente compartidas.

De acuerdo a esta ley, los riesgos amparados por el Seguro Social son: accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, accidentes no profesionales, enfermedades generales, maternidad, invalidez, vejez, muerte, desocupación en edad avanzada y guarderías para hijos de aseguradas.

En los años siguientes a 1973, las reformas a la Ley, aunque varias, no tuvieron el sentido de introducir en ella innovaciones radicales, sino más bien sólo el de ir adecuándola a la cambiante situación nacional, como por ejemplo,

<sup>33</sup> Báez Martínez, Op Cit, pp 294-295

<sup>34</sup> Ley del Seguro Social de 1973. IMSS México, 1973, p 40

en lo que se refiere a ciertas modificaciones derivadas de la creciente inflación monetaria típica de esta época.

A continuación se destacan las principales reformas que sufrió la Ley del Seguro Social de 1973 durante el lapso en que estuvo vigente, a saber, en 1974, 1979, 1980, 1981, 1982, 1984, 1986, 1990, 1992 y 1993.

Por decreto publicado el 31 de diciembre de 1974, se mejoran las prestaciones en dinero y en especie, haciendo extensivos los derechos y esquemas de protección para incluir un mayor número de asegurados, modificando la tabla de cotización e incluyendo al esposo o concubino en las prestaciones médicas de la asegurada o pensionada, otorgando adicionalmente una pensión vitalicia a los padres del asegurado fallecido. Asimismo, toma por cotizadas las semanas de incapacidad, eleva el monto de las pensiones de invalidez y orfandad y establece un aguinaldo anual para los beneficiarios.

Tanto en las reformas de 1979, como en las del 31 diciembre de 1980, se elevó el monto de las pensiones por riesgos de trabajo, por invalidez, vejez y cesantía en edad avanzada y, consecuentemente, la de las prestaciones en dinero correspondientes a los beneficiarios.

Según decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 1984, se incluye a los trabajadores temporales de la construcción dentro del régimen del Seguro Social, se garantiza fondo financiero para la Institución a efecto de que atienda sus erogaciones de manera oportuna en los servicios que proporciona.

Posteriormente, por Decreto publicado el 2 de mayo de 1986, se ajustaron las primas de riesgos de trabajo, las cuotas de los seguros de enfermedades no profesionales, maternidad e invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte, actualizando adicionalmente los montos de las contribuciones del Estado en dichas ramas.

El 4 de enero de 1989, fue publicada la iniciativa de reformas y adiciones a la Ley del Seguro Social. Dicha reforma se efectuó con el objetivo de actualizar los montos de las primas, cuotas y contribuciones. En esta época, la crisis que azotaba nuestro país afectaba gravemente el campo de la Seguridad Social, como se deduce de la exposición de motivos de dichas reformas:

“En los fundamentos que motivan la presentación de las iniciativas para modificar la Ley del Seguro Social, se hace notar la reivindicación a que tiene derecho los pensionados para incrementarse sus pensiones, ya que su monto actual ha perdido eficacia como instrumento sustitutivo del salario, periodo derivado del proceso inflacionario.”<sup>35</sup>

El 21 de diciembre de 1990, se modificaron diversos artículos de la Ley del Seguro, con el fin de precisar las normas del seguro de riesgos de trabajo así como las clases y grados de riesgos para la fijación de las primas a cubrir por los patrones, se determinó la tabla para las pensiones de invalidez, vejez y cesantía en edad avanzada, entre otras reformas.

Por reforma de fecha 21 de febrero de 1992, se establece una prestación de Seguridad Social con carácter de adicional a las que establece la Ley del Seguro, encaminada a la protección y el bienestar de los trabajadores y sus familiares. Se trata de un seguro de retiro mediante un sistema de ahorro. Mediante este sistema los patrones se obligan a cubrir cuotas del dos por ciento al seguro de retiro sobre el salario base de cotización. Con estas aportaciones se constituyen depósitos de dinero a favor de cada uno de los trabajadores; las cuotas se cubren mediante la entrega de los recursos en instituciones de crédito para su abono en cuentas individuales abiertas a nombre de los trabajadores. Éstos podían en todo tiempo hacer aportaciones adicionales a dicha cuenta.

---

<sup>35</sup> Baez Martínez. Op. Cit. pp 318

Las reformas de 1993 fueron promovidas y aprobadas con el propósito de consolidar el equilibrio financiero del Instituto, así como modernizarlo y actualizarlo como organismo fiscal autónomo.

En cuanto a las reformas del 31 de mayo y 13 de julio de 1994, éstas elevaron la cuantía mínima de las pensiones de invalidez, vejez o cesantía en edad avanzada, al 100% del salario mínimo general que regía en el Distrito Federal en este año. Otra reforma importante fue la siguiente:

“ La creación de la Comisión Nacional de Sistemas de Ahorro para el Retiro como órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público”<sup>36</sup>

Con esta última modificación, hemos concluido el análisis de las reformas que ha sufrido la Ley del Seguro Social de 1973. Ha quedado plenamente demostrado que la Ley del Seguro Social ha sido constantemente modificada con el propósito de contribuir a la tarea de modernización y de adecuación de la institución a la realidad del país cuyo proceso no ha terminado, pues sigue en constante evolución.

## **2.4 EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL MARCO DE SU NUEVA LEY DE 1995**

En la sesión ordinaria de la Cámara de Diputados del día 12 de diciembre de 1995, fue aprobado el proyecto de reformas y modificaciones a la Ley del Seguro Social, reformas propuestas por el Ejecutivo Federal en cumplimiento a la programación del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 y que por su trascendencia ha sido denominada la nueva Ley del Seguro Social, la cual fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 21 de diciembre del mismo año y que inició su vigencia el día 1º de julio de 1997, quedando abrogadas así, la Ley del Seguro Social de 1973, así como la Ley que incorpora al régimen

<sup>36</sup> Nueva Ley del Seguro Social Comentada. Tomo III, IMSS México, 1998 pp 390

del Seguro Social obligatorio a los productores de caña de azúcar y a sus trabajadores y todas aquellas disposiciones legales que se oponían a la nueva ley.

La Nueva Ley del Seguro Social contiene 305 artículos y 28 transitorios. Está dividida en seis títulos, a saber: el Título Primero, Disposiciones Generales, integrado de un solo capítulo; el Título Segundo, Del Régimen Obligatorio, integrado por diez capítulos (el tercero de ellos, Del Seguro de Riesgos de Trabajo, dividido en cinco secciones; el cuarto, Del Seguro de Enfermedades y maternidad, dividido en seis secciones; el quinto Del Seguro de Invalidez y Vida, dividido en siete secciones; el sexto capítulo Del Seguro de Retiro, Cesantía en edad avanzada y Vejez, dividido en siete secciones; y el séptimo Del Seguro de Guarderías y de las Prestaciones Sociales, dividido en cuatro secciones); el Título Tercero Del Régimen Voluntario, integrado por dos capítulos; el Título Cuarto Del Instituto Mexicano del Seguro Social, integrado por siete capítulos; el Título Quinto De los Procedimientos, de la caducidad y prescripción, integrado por tres capítulos; y, finalmente, el Título Sexto De las responsabilidades y sanciones, integrado por un solo capítulo.

La exposición de motivos de la nueva ley establece la necesidad de modificar la Seguridad Social en México para cubrir las necesidades actuales de los beneficiarios de la Seguridad Social, estableciendo como principales justificaciones de la reforma, las siguientes:

1. La realidad económica del IMSS, la cual presenta un grave problema real de inviabilidad financiera, el cual se pretende resolver de manera supuestamente definitiva.
2. La estructura organizacional del IMSS ofrece un esquema de operación y servicios que en la actualidad no satisface plenamente las necesidades presentes y las expectativas futuras de los asegurados y derechohabientes.

3. La necesidad de mejorar y modernizar los servicios y prestaciones del IMSS, con el objeto de actualizarlo a la realidad del país.

El propio Instituto Mexicano del Seguro Social, resalta los beneficios del nuevo ordenamiento jurídico que lo rige, dentro de los siguientes términos:

Desde el punto de vista social, los beneficios de la nueva ley son los siguientes: reafirma valores humanistas y de desarrollo comunitario, impulsa el incremento de fuentes de empleo, amplía la cobertura de la población derechohabiente, mejora la calidad, eficiencia y oportunidad de los servicios de salud, mejora las prestaciones sociales y otorga pensiones más justas.

Desde el punto de vista económico, la nueva ley, de acuerdo al IMSS, tendría los siguientes beneficios: creación y fomento del ahorro interno con el consecuente incentivo y generación de empleos, alcanzar la suficiencia financiera de cada una de las ramas del Seguro a mediano y largo plazo, fortalecer el papel del estado en la Seguridad Social al incrementar las aportaciones de éste y otorgar claridad a los procedimientos de fiscalización con el objeto de garantizar los derechos de los trabajadores.

Por último, desde el punto de vista laboral, el IMSS considera que la nueva ley reporta los siguientes beneficios: otorga una pensión más justa y digna, reduce los impuestos medios y marginales a la nómina para incentivar la productividad y fomentar el empleo, incrementa las pensiones de invalidez al relacionarlas de manera directa al salario base de cotización, reduce las aportaciones obrero—patronales en un promedio de 33%, fomenta mediante incentivos la participación en la economía formal al ligar las contribuciones al ahorro del trabajador, y promueve la seguridad y la prevención de los accidentes.



En el marco de esta Nueva Ley del Seguro Social y dentro de los objetivos del IMSS en el período 1995-2000, en Riesgos en el Trabajo, se consideran los siguientes puntos:

1. Seguro de Riesgos de Trabajo. El objetivo del Seguro de Riesgos de Trabajo es compensar a trabajadores accidentados en su ingreso perdido, asegurar sus gastos de salud y al mismo tiempo evitar accidentes incentivando la prevención de los mismos. El ramo de riesgos de trabajo enfrenta también el problema de desequilibrio financiero, aunque la mayor flexibilidad de las primas hizo mucho por reducir ese problema. Sin embargo, el equilibrio financiero es sólo un fin, siendo el objetivo mejorar las condiciones de seguridad e higiene en el sector productivo.
2. Por ello, la nueva Ley del Seguro Social elimina el sistema en el cual las primas de riesgo se fijan con base en una regla dependiente de la rama de actividad, lo cual resulta inequitativo para quienes invierten en seguridad. Si bien el efecto de la nueva ley será de largo plazo, se requiere un impulso inmediato a las acciones, pues los efectos de menores primas requieren de inversiones previas para darse.
3. Atención integral al trabajador. El objetivo de la atención integral al trabajador se basa en que trabajadores y patrones cuiden la salud en el trabajo y eviten accidentes. Cuando un trabajador sufre un accidente de trabajo se busca que sea atendido oportunamente y que logre reintegrarse en las mejores condiciones a su trabajo. propiciando la protección de sus medios de subsistencia, el desarrollo y productividad de las empresas y la salud financiera del Instituto. Para esto se reducirá la tasa de riesgos de trabajo por trabajador y el promedio de días de incapacidad, entre otros, impactando también de manera positiva en diversos programas prioritarios que ha fijado la Dirección General.

4. Salud en el trabajo. De manera general, en Salud en el Trabajo, destaca el establecimiento de objetivos y metas; el diseño de campañas de difusión y la formación, capacitación y actualización del personal en la materia. Igualmente se requiere alentar a los patrones para que realicen una mayor inversión para la salud, demostrando que les resulta más benéfico tener una población de trabajadores sana y productiva. Estas acciones constituyen un esfuerzo sistemático y permanente, por lo cual se requiere contar con estadísticas confiables.
5. Salud a la vida. De manera específica las medidas que se instrumentarán en salud en el trabajo serán el diseño de los mecanismos de captura de información sobre la ocurrencia de los accidentes, sus repercusiones y su costo de atención para reforzar la prevención; recabar información de los casos atendidos.

De manera general, podemos afirmar que la nueva ley sostiene de manera esencial la misma estructura de la anterior. Sin embargo, existen importantes reformas y adiciones, resaltamos como las más trascendentales las siguientes:

1. Se modifican los porcentajes de las primas, la mecánica y estructura para determinar las cuotas de los distintos seguros, con excepción del de guarderías.
2. El seguro de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte se reestructura esencialmente, lo cual ocasiona la creación de un nuevo esquema de pensiones.
3. Se crean las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES) incorporando un nuevo esquema de pensiones con la creación de cuentas y subcuentas individuales para cada trabajador, las cuales se constituyen con la aportación del trabajador, el patrón y el Estado.

4. Dentro del régimen voluntario se crea el Seguro de Salud para la Familia.
5. Subrogación de Servicios Médicos.
6. Seguro Social para los Trabajadores del Campo.

El nuevo sistema de pensiones, adoptado por la Ley del Seguro Social, basado en el modelo chileno, es manejado por instituciones privadas que ofrecen sus servicios como alternativa al sistema estatal, es más bien un fondo de ahorro que resuelve problemas de inequidades del sistema anterior.

Dentro de las ventajas de este sistema de pensiones, podemos mencionar la disciplina competitiva; además de que aumenta la eficiencia y producción, sin descuidar la calidad, aun costo más bajo; fomenta la iniciativa individual.

En congruencia con el nuevo sistema de cuentas individuales que se adapta en el sistema de pensiones, se reforma la mecánica de pago de las pensiones por riesgos de trabajo, pero los beneficios no fueron sujeto de cambio. En consecuencia, la pensión se pagará complementando los recursos de la cuenta individual con una suma suficiente para financiar el beneficio determinado por ley.

La participación del IMSS en el segmento de cuentas individuales se dará en dos frentes. Primero, como encargado de la afiliación, cobranza y fiscalización del sistema. Este papel fue ignorado en la creación del Sistema de Ahorro para el Retiro en 1992 y ha sido causa de problemas, lo que ejemplifica que conducir la política bajo una separación tajante de los ámbitos público, social y privado es falaz, y que se requiere una combinación de las ventajas de los distintos agentes sociales para optimizar en el logro de los fines constitucionales en beneficio de todos los mexicanos.

Segundo, el IMSS podrá establecer una AFORE (Administradora del Fondo de Ahorro para el Retiro) con el fin de facilitar la administración de cuentas de trabajadores difíciles de capturar por el sector financiero. En este último caso, los recursos deben estar claramente separados administrativa y legalmente de las reservas del IMSS y éste deberá sujetarse a las regulaciones que se establezcan en general para las AFORE.

El trabajador contratará una renta vitalicia o un programa de retiros programados y también se deberá contratar un seguro de sobrevivencia para el caso de su fallecimiento, el cual otorgue a sus beneficiarios las pensiones y demás prestaciones económicas a que tengan derecho.

Por lo tanto, la reforma al seguro de riesgos de trabajo busca obtener mejores pensiones para los trabajadores, fomentar ambientes de trabajo más seguros para ellos, y convertirlo en un seguro más justo, al cobrar menores primas a aquellos que inviertan en la prevención de riesgos y tengan menores índices de siniestralidad, y mayores primas a aquellos que no lo hagan. Esta flexibilidad en las primas fortalece la viabilidad financiera de este seguro al haber una mayor relación entre la prima pagada y el número de accidentes de cada empresa.

En materia de Seguro de Enfermedades y Maternidad y Seguro de Salud para la Familia, la reforma hizo congruentes las aportaciones estatales para la incorporación voluntaria y para el régimen ordinario, por lo que habrá una aportación fija del gobierno federal más una aportación fija de los asegurados.

En ocasiones se cuestiona que pueda haber crecimiento por la vía de la incorporación voluntaria al régimen obligatorio o al Seguro de Salud para la Familia, ya que los esquemas modificados vigentes desde 1973 no tuvieron el resultado esperado.

Asimismo, la Nueva Ley del Seguro Social, introduce un nuevo Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales. El ramo de guarderías ha tomado creciente importancia, ya que es una indispensable prestación para las madres trabajadoras. En los últimos años ha aumentado significativamente el número de mujeres que trabajan y, por ello, se hace necesario incrementar la cobertura de este servicio, para brindar un cuidado adecuado a los hijos de estas familias.

Las prestaciones sociales son parte esencial de un concepto amplio e integral de seguridad social como el que se ha construido en México a lo largo de 56 años. La importancia que la Nueva Ley concede a las prestaciones sociales, al elevarlas al rango de seguro, es señal de la modernización de la Seguridad Social mexicana, pues reconoce la necesidad de renovar los programas que, sin ser médicos, son indispensables para cumplir con los fines del Seguro Social. Destacan en este sentido acciones de prevención de enfermedades, rehabilitación de inválidos y atención a pensionados.

Bajo la Nueva Ley, el ramo de Guarderías preserva los beneficios para las madres trabajadoras aseguradas, ampliando la posibilidad de esta prestación a los viudos o divorciados que conserven la custodia de sus hijos. Al mismo tiempo se fortalece este tipo de prestaciones al evitar utilizar sus fondos para otros fines, lo que permitirá abatir el rezago de la demanda pendiente y cubrir la demanda identificada en el sistema nacional en el mediano y largo plazo.

Al alcanzarse los objetivos de la Nueva Ley, incluyendo la autosuficiencia de los recursos del servicio médico, será posible planificar un incremento sostenido en el servicio de guarderías.

En la Nueva Ley, como mencionamos anteriormente, se incorporaron los Servicios y las Prestaciones Sociales, que antes eran consideradas de ejercicio discrecional y que venían operando con cargo a los recursos del seguro de IVCM(Invalidez, Vejez, Cesantía, y Muerte), pasan ahora a integrarse al ramo

de Guarderías, constituyéndose en un nuevo ramo de aseguramiento denominado "de Guardería y Prestaciones Sociales".

Por otra parte, para comprender perfectamente la naturaleza jurídica del Instituto Mexicano del Seguro Social, es necesario, recordar que el artículo 45 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, establece que:

"Son organismos descentralizados las entidades creadas por Ley o decreto del Congreso de la Unión o por decreto del Ejecutivo Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, cualquiera que sea la estructura que adopten"<sup>37</sup>

Además de lo anteriormente enunciado, los organismos descentralizados comparten con las entidades paraestatales la autonomía de gestión para el cabal cumplimiento de su objetivo

En congruencia con lo dispuesto en los ordenamientos citados, el artículo *in comento* atribuye al Instituto Mexicano del Seguro Social, el carácter de organismo público descentralizado encargado de organizar la prestación del servicio público del seguro Social, con personalidad jurídica y patrimonio propios. El artículo 5º de la Ley de las Entidades Paraestatales establece lo siguiente:

"Artículo 5º. El Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y los demás organismos de estructura análoga que hubiere, se seguirán rigiendo por sus leyes específicas en cuanto hace a las estructuras de sus órganos de gobierno y vigilancia, pero en cuanto a su funcionamiento, operación, desarrollo y control, en lo que no se oponga a aquellas leyes específicas se sujetarán a las disposiciones de la presente ley"<sup>38</sup>

<sup>37</sup> Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, Ed Delma, México, 1998, pp 36

<sup>38</sup> Ley Federal de las Entidades Paraestatales, Ed Delma, México, 1998, pp 44

De lo anterior se desprende que el IMSS regirá sus órganos de gobierno y vigilancia por su propia ley, la Ley del Seguro Social, pero en cuanto a funcionamiento, operación, desarrollo y control, se regirá en base a la Ley de las entidades Paraestatales.

El Instituto Mexicano del Seguro Social es una institución jurídica, puesto que establece derechos y obligaciones, no es institución de beneficencia o caridad. Asimismo, Amezcua Ornelas nos explica en su Manual Práctico acerca del Seguro Social, porque el IMSS es autoridad:

“El IMSS es autoridad. El Instituto tiene carácter de organismo fiscal autónomo con facultades para determinar los créditos y sus bases de liquidación, así como para cobrarlos, entre otras. Por tanto, puede interponerse amparo contra el IMSS (artículo 288 de la Nueva Ley del Seguro Social)”<sup>39</sup>

Otra de las características del IMSS es que obtiene recursos para el cumplimiento de sus funciones mediante aportaciones de los patrones, de los trabajadores y del Estado, por lo que es de contribución tripartita. Ello con base en los artículos 25, 106-108, 146-148, 167 y 168 de la Nueva Ley del Seguro Social.

Asimismo, el IMSS sustituye a los patrones en el cumplimiento de ciertas obligaciones frente a sus trabajadores. Así, por ejemplo, si un trabajador sufre un riesgo de trabajo no tendrá derecho, simultáneamente, a la indemnización que previene la Ley Federal del Trabajo y a la pensión que otorga el IMSS, sino sólo a ésta última, con base en los artículos 7 y 53 de la Ley del Seguro.

---

<sup>39</sup> Amezcua Ornelas Norahend. *Seguro Social. Manual Práctico*. Ed Sicco México 1997 pp 181

Para el cumplimiento de sus objetivos, el Seguro Social se divide en dos regímenes o tipos de aseguramientos: el Régimen Obligatorio y el Voluntario. En el primero, existe la obligación de dar de alta a todas aquellas personas sujetas a una relación de trabajo, en tanto que en el segundo, la incorporación es por propia decisión de la persona interesada y tendrá la protección del IMSS, sólo en algunas de sus ramas de aseguramiento.

En cuanto a la estructura orgánica del Instituto Mexicano del Seguro Social, debemos apuntar que sus órganos de gobierno, tienen, por regla general, una conformación mixta; circunstancia que no ha sido debidamente utilizada por los sectores obrero y patronal para la defensa y promoción de sus respectivos intereses, pero comienza un cambio en este aspecto.

El artículo 246 de la Ley del Seguro Social de 1973, rezaba de la siguiente manera:

"Los organismos superiores del Instituto son: I. La Asamblea General; II. El Consejo Técnico; III. La Comisión de Vigilancia; y IV. La Dirección General..."<sup>40</sup>

Lo anterior aún es aplicable a la situación actual. No obstante, de acuerdo a la reorganización administrativa del IMSS, los organismos superiores del Instituto quedaron organizados de la siguiente manera:

1. Asamblea General. Máxima Autoridad del IMSS, se integra de 10 representantes por sector y anualmente aprueba el estado de ingresos y gastos, balance contable, informe y programa de actividades del año siguiente.
2. Consejo Técnico. Es el representante legal y administrador del IMSS. Resuelve sobre procedimientos para la inscripción, cobro de cuotas y

---

<sup>40</sup> *Rodríguez Tovar José Jesús, Derecho Mexicano de la Seguridad Social*. Escuela Libre de Derecho, México. 1989. pp 52



otorgamiento de prestaciones, inversiones del IMSS, establecimiento de delegaciones, subdelegaciones y oficinas para cobros, otorgamiento de pensiones, expedición de reglamentos interiores. Está integrado por cuatro representantes por sector.

3. Comisión de Vigilancia. Es el interventor para la honesta y buena marcha del Instituto. Está integrado por dos representantes por sector y se encarga de vigilar las inversiones del IMSS, practica auditorías, dictamina sobre el informe de actividades y los estados financieros que presenta el Consejo Técnico.
4. Dirección General. Es designado por el Presidente de la República. Se encarga de presidir la Asamblea General y el Consejo Técnico ejecuta sus acuerdos. Tiene derecho de veto sobre las resoluciones del Consejo Técnico.

Cabe destacar que en el organigrama interno del Instituto también se comprende otros organismos Regionales y Estatales, los regionales son:

Las Direcciones Regionales y Consejos Consultivos Regionales, el funcionamiento de estos organismos, se da dentro de la reorganización administrativa del IMSS en el marco de la Nueva Ley del Seguro de 1995.

Los delegacionales son:

Las Delegaciones, Jefes de Servicios, Subdelegaciones, Departamentos y Oficinas.

De acuerdo con Norahenid Amezcua, la parte medular de la reforma administrativa que se dio con la Nueva Ley es la siguiente:

“Se regionalizan las zonas de influencia del IMSS, desconcentrando atribuciones del Consejo Técnico y del director general en dos nuevas estructuras administrativas

que el decreto de reformas crea: consejos consultivos regionales y directores regionales<sup>41</sup>

Consideramos que esta regionalización responde al criterio que impulsó la distribución en la república de los centros médicos, los que acercaron a las diferentes regiones del país los servicios de la más alta especialización en el área médica.

El marco reglamentario de la Ley del Seguro Social está constituido por los siguientes reglamentos:

- Reglamento para el Pago de Cuotas del Seguro Social
- Reglamento de Afiliación
- Reglamento de la Seguridad Social para el Campo
- Reglamento del Recurso de Inconformidad
- Reglamento del Seguro de Salud para la Familia
- Reglamento para la Imposición de Multas por Infracción a las Disposiciones de la Ley del Seguro Social y sus Reglamentos
- Reglamento de Servicios Médicos
- Reglamento para la prestación de los Servicios de Guardería
- Reglamento para el Trámite y resolución de las Quejas Administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.

---

<sup>41</sup> Amezcua Ornelas, Op Cit, pp 188

### **CAPITULO III. SUBROGACIÓN DE SERVICIOS.**

En el anterior capítulo del presente trabajo de investigación analizamos lo relativo a la estructura, características principales, surgimiento y evolución del Instituto Mexicano del Seguro Social en nuestro país.

Así pues, una vez que hemos tratado los aspectos más importantes tanto de la Seguridad Social, como de la principal Institución de Seguridad Social en México, estamos en aptitud de analizar ya propiamente el tema en el que se centra el presente trabajo de investigación: La Subrogación de Servicios.

Para realizar dicho cometido, primeramente mencionaremos los antecedentes más importantes tanto de la regulación legal como de la situación de facto respecto a la Subrogación de Servicios desde la conformación del Instituto Mexicano del Seguro Social hasta la actualidad.

Posteriormente se revisará y analizará el marco jurídico que ha regulado la Subrogación de Servicios en las leyes del Seguro Social de 1943, 1973 y especialmente en la nueva ley de 1995.

Una vez analizados estos aspectos, describiremos de manera general la situación actual de algunos Sistemas de Seguridad Social con participación privada en algunos países Latinoamericanos, así como en España.

Para concluir el presente capítulo analizaremos algunos organismos privados susceptibles de contratarse para proporcionar servicios subrogados.

### 3.1 ANTECEDENTES

Primeramente realizaremos un estudio lógico jurídico respecto del termino "Subrogación" con el fin de poder conocer mejor la naturaleza jurídica de dicho termino.

En primer termino nos referiremos al origen etimológico de la palabra Subrogación que como se desprende de la siguiente cita, surge en el Derecho Canónico:

"El Derecho Romano nunca empleo la palabra *subrogare*. Ellos decían *succedere: De his qui in priorum locum succedunt*. Según Demolombe parece que el derecho civil tomo la palabra subrogación en la acepción técnica que se le ha dado hoy al derecho Canónico."<sup>42</sup>

No obstante lo anterior en el Derecho Romano se contemplaron casos que corresponderían a lo que actualmente constituye la Subrogación

Respecto a la definición del término en cuestión desde un punto de vista jurídico, el maestro Rafael De Pina en su Diccionario de Derecho define a la Subrogación de la siguiente manera:

"Subrogación. Forma de transmisión de las obligaciones que se verifican por ministerio de la ley, y sin necesidad de declaración alguna de los interesados cuando el que es acreedor paga a otro acreedor preferentemente; cuando el que paga tiene interés jurídico en el cumplimiento de la nación cuando un heredero paga con sus bienes propios alguna deuda de la herencia, y cuando el que adquiere un inmueble paga a un acreedor que tiene sobre el un crédito hipotecario anterior a la adquisición."<sup>43</sup>

<sup>42</sup> Enciclopedia Jurídica Omeba Tomo XXI, Edt. Ancafo, Buenos Aires, Argentina, 1975, P. 377

<sup>43</sup> De Pina Rafael, Diccionario De Derecho, Ed. Porrúa, México 1996, P. 464

Por otra parte el Doctor Andrade Valderrama, nos da la siguiente concepción de la Subrogación, termino estrechamente vinculado con el Pago:

“Pago con Subrogación. Esta Institución Jurídica, definida generalmente en forma muy amplia (*Lato sensu*) como la sustitución de una persona en lugar de otra, y mas concretamente como la sustitución Jurídica de una persona a otra, con el fin de permitir a la primera ejercer en su interés personal todo o parte de los derechos que pertenecen a la segunda (no tratamos ahora de la subrogación real), no fue conocida en el derecho antiguo.”<sup>44</sup>

De acuerdo con las anteriores definiciones resulta claro que la Subrogación a la que se refiere el presente trabajo de investigación es la personal, la cual consiste básicamente en el pago de un acreedor a otro de manera preferente, cuando el primero tiene algún interés jurídico en el cumplimiento de dicha obligación.

La Subrogación es, por tanto, la sustitución de una obligación por otra. Esta figura jurídica es uno de los supuestos de modificación de los elementos de la relación de la obligación, que pueden estar relacionados con el objeto o los sujetos del crédito. En el primer caso se trata de una Subrogación real y en el segundo de una personal.

“La subrogación personal es la sustitución de una persona en lugar de otra y más concretamente como la sustitución jurídica de una persona a otra, con el fin de permitir a la primera ejercer en su interés personal todo o parte de los derechos que pertenecen a la segunda”<sup>45</sup>

<sup>44</sup> *Enciclopedia Jurídica Omeba, tomo XXI, Op Cit. P. 376-377*

<sup>45</sup> Nueva Ley del Seguro Social comentada. Op Cit. p 33

La concepción de esta figura del Derecho Civil, pasa al Derecho de la Seguridad Social en la practica, básicamente de la siguiente manera, y de la cual nos permitimos dar un comentario:

“Reversión de Cuotas. Mecanismo mediante el cual el Patrón se hace responsable de la provisión de las Prestaciones en especie y de los subsidios del Seguro de Enfermedades y Maternidad, del Seguro de Riesgos de Trabajo y del rubro de Guarderías y a cambio el IMSS reintegra parte de la cuota respectiva.”

En este sentido, el Instituto mediante la Subrogación a que se refieren las fracciones II y III del artículo 89 de la Ley del Seguro Social en comento, puede transmitir la prestación del servicio a los derechohabientes a otra persona jurídica, que las asume en las mismas condiciones en que éste las otorga.

De lo anterior se deduce que es precisamente el Instituto Mexicano del Seguro Social el acreedor que tiene la obligación, por ministerio de ley, y sin necesidad de declaración alguna de los interesados, de pagar o reintegrar, de manera preferente, parte de la cuota respectiva al patrón, que es el que se hace responsable de las prestaciones que en principio debiera prestar el IMSS, y que el patrón cubre con bienes propios, por lo cual el IMSS tiene la obligación de realizar dicho pago, mediante la figura de la Subrogación de Servicios, con Reversión de Cuotas.

Esto significa que el patrón contrata con una Institución del sector privado, por ejemplo la prestación de los servicios de Seguridad Social en atención Médica; motivo por el cual el IMSS, dado que le competen dichos servicios de Seguridad Social en Atención Médica, esta obligado a reintegrar parte de la cuota respectiva.

Algunos de los principios que debe tener la Subrogación de Servicios, son los siguientes:

- Legalidad
- Solidaridad
- Equidad
- Calidad
- Libertad de Elección
- Integridad en la Prestación del Servicio
- Universalidad en el acceso
- Transparencia y no Discrecionalidad
- Viabilidad Financiera.

Los objetivos de la Reversión de Cuotas son, en primer término promover la libertad de elección de los sujetos de la Seguridad Social. En segundo término es desarrollar un esquema eficiente de colaboración pública y privada para la provisión de servicios de salud.

En tercer lugar, la Subrogación de Servicios, ya sea con o sin Reversión, busca fomentar la competencia y también aumentar la cobertura óptima del Salud, sin invertir en infraestructura.

Otro de los objetivos más importantes es la promoción de la eficiencia y la calidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social y en el resto del sistema, además de mantener el Principio de Solidaridad.

Finalmente, debemos de considerar como objetivos, el desarrollo de un esquema financiero viable para la Institución, así como promover la participación del propio Instituto como prestador complementario de servicios.

En cuanto a los antecedentes históricos de la Subrogación de Servicios en nuestro país, los más remotos los encontramos cuando se recién formaba el Instituto Mexicano del Seguro Social, como acertadamente lo manifiesta el Lic. Javier Moreno Padilla en la obra Reforma Estructural de la Seguridad Social:

“Desde la publicación de la primera Ley del Seguro Social en 1943, este tipo de contratos ha existido. Inclusive la institución no contaba con instalaciones propias, sino que las mismas las subrogaba a particulares, al grado que algunos centros de salud de personas con deficiencias mentales, permanecen en este esquema.”<sup>46</sup>

Como se desprende de la anterior cita, la Subrogación de Servicios, nació junto con el IMSS, puesto que en un principio, éste no contaba con la infraestructura suficiente para atender la demanda de servicios médicos que se requerían, motivo por el cual, en muchos casos Subrogaba a los particulares, por ejemplo, las instalaciones.

Sin embargo, a medida de que el Instituto Mexicano del Seguro Social fue creciendo y fue ampliándose la cobertura de los servicios, este tipo de contratos cayeron en desuso. Ejemplo de lo anterior es la Ley de 1973, la cual, en relación a la Subrogación de Servicios, adolece de precisión y certidumbre, si bien estipula el principio de la prestación indirecta.

Como consecuencia de la saturación de los servicios médicos ofrecidos por el Instituto, y su consecuente deterioro, en el Marco de la Nueva Ley del Seguro Social de 1995, se discutió ampliamente el tema en la Cámara de Diputados, acordándose que la Subrogación constituye una alternativa para la prestación de servicios por parte del Instituto, por lo cual, aunque el texto quedaría con idéntica redacción que la Ley anterior, se debía redactar el reglamento de Subrogación de Servicios, lo cual hasta la fecha no se ha hecho y que, por lo tanto, ha dado origen al presente trabajo de investigación.

---

<sup>46</sup> Reforma Estructural de la Seguridad Social. *COPARMEX*. Ed. Themis México 1996



### 3.2 MARCO JURIDICO

En este inciso trataremos sucintamente el marco jurídico que ha regulado a la Subrogación de Servicios en las Leyes del Seguro Social de 1943, 1973 y 1995.

Como mencionamos anteriormente, la Ley de 1943 contemplaba ya este tipo de contratos. Inclusive, en esta etapa fueron muy usuales en virtud de que el Instituto Mexicano del Seguro Social no contaba con la infraestructura para poder satisfacer la demanda de servicios médicos.

Así, pues, los artículos de dicha ley que de alguna u otra manera tratan acerca del tema en cuestión son los siguientes:

“Artículo 65. El Instituto prestará el servicio público que tiene encomendado por esta Ley, en los términos de este precepto y de los reglamentos que al efecto se expidan:

I. Directamente, a través de su propio personal e instalaciones;

II. En virtud de concesiones a otros organismos públicos o a particulares para que se encarguen de impartir los servicios de la rama de Enfermedades no Profesionales y Maternidad y proporcionar las prestaciones en especie y subsidios de la rama de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, siempre bajo la vigilancia y responsabilidad del Instituto. Las concesiones serán otorgadas por el Ejecutivo Federal a petición del Instituto fijarán el plazo de su vigencia, la amplitud del servicio concesionado, el porcentaje de las cuotas respectivas como contraprestación a favor del concesionario, la forma de cubrirla y las causas y procedimientos de caducidad. El reglamento fijará el procedimiento para la expedición de concesiones, para su régimen administrativo, las causas de su caducidad y procedimiento para declararla;

III. Asimismo, el Instituto previa aprobación del Consejo Técnico, podrá celebrar contratos con quienes tuvieren establecidos servicios médicos y hospitalarios, pudiendo convenirse, si se tratare de patrones con

obligación al Seguro, en la Reversión de un a parte de la cuota obrera-patronal, en proporción a la naturaleza y cuantía de los servicios relativos. En dichos convenios se pactará, en su caso, el pago de subsidios mediante un sistema de reembolso.

IV. En todo caso, los concesionarios, empresas o entidades a que se refiere este artículo, estarán obligados a proporcionar al Instituto los informes y estadísticas médicas o administrativas que éste les exigiere, y sujetándose a las instrucciones, normas técnicas, inspecciones y vigilancia prescritas por el mismo Instituto,<sup>47</sup>

“Artículo 77. El Instituto está facultado para proporcionar servicios médicos, educativos y sociales a los asegurados, con objeto de prevenir la realización de un estado de invalidez, cuando las prestaciones del Seguro de Enfermedades no Profesionales y Maternidad no sean suficientes para lograrlo. También está facultado para proporcionar a los pensionados por invalidez, servicios especiales de curación, reeducación y readaptación con objeto de obtener la recuperación de su capacidad para el trabajo...”<sup>48</sup>

De acuerdo a los artículos transcritos, puede inferirse que ya se contemplaban diversos mecanismos por medio de los cuales el Instituto podía otorgar el servicio público que debe prestar, a saber: directamente a través de personal e instalaciones propias, en virtud de concesiones a particulares u otros organismos públicos, para que impartieran los servicios de la rama de Enfermedades no Profesionales y Maternidad, y proporcionar las prestaciones en especie y subsidios de la rama de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, pero siempre y cuando estuvieran bajo la vigilancia y supervisión del propio Instituto. A este respecto, cabe añadir que el artículo 77 de la misma ley, deja abierta la posibilidad de la intervención de particulares en la prestación de los servicios mencionados con antelación.

<sup>47</sup> Ley del Seguro Social de 1943, Op Cit. p 262-263

<sup>48</sup> *Ibidem*. p 256

También se contemplaba, en la Fracción III del mismo artículo, la posibilidad de la celebración de concesiones con quienes tuvieran establecidos servicios médicos y hospitalarios, pudiendo convenir en la reversión de una parte de la cuota obrero-patronal en proporción a la naturaleza y cuantía de los servicios.

En cuanto toca a la Ley del Seguro Social del año de 1973, los artículos que abordan el tema en cuestión, son los que a continuación se enuncian:

“Artículo 97. El Instituto prestará el servicio público que tiene encomendado por esta Ley, en los términos de este precepto y de los reglamentos que al efecto se expidan:

I. Directamente, a través de su propio personal e instalaciones;

II. En virtud de concesiones a otros organismos públicos o a particulares para que se encarguen de impartir los servicios de la rama de Enfermedades no Profesionales y Maternidad y proporcionar las prestaciones en especie y subsidios de la rama de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, siempre bajo la vigilancia y responsabilidad del Instituto. Las concesiones serán otorgadas por el Ejecutivo Federal a petición del Instituto y fijarán el plazo de su vigencia, la amplitud del servicio concesionado, el porcentaje de las cuotas respectivas como contraprestación a favor del concesionario, la forma de cubrirla y las causas y procedimientos de caducidad. El reglamento fijará el procedimiento para la expedición de concesiones, para su régimen administrativo, las causas de su caducidad y procedimiento para declararla;

III. Asimismo, el Instituto previa aprobación del Consejo Técnico, podrá celebrar contratos con quienes tuvieran establecidos servicios médicos y hospitalarios,

pudiendo convenirse, si se tratare de patrones con obligación al Seguro, en la reversión de un a parte de la cuota obrera-patronal en proporción a la naturaleza y cuantía de los servicios relativos. En dichos convenios se pactará, en su caso, el pago de subsidios mediante un sistema de reembolso. Estos convenios no podrán celebrarse sin la previa anuencia de los trabajadores o de su organización representativa.

En todo caso, las personas, empresas o entidades a que se refiere este artículo, estarán obligados a proporcionar al Instituto los informes y estadísticas médicas o administrativas que éste les exigiere, y sujetándose a las instrucciones, normas técnicas, inspecciones y vigilancia prescritas por el mismo Instituto, en los términos de los reglamentos que con respecto a los servicios médicos se expidan.”<sup>49</sup>

“Artículo 88. El Instituto está facultado para proporcionar servicios de carácter preventivo, individualmente o a través de procedimientos de alcance general, con el objeto de evitar la realización de riesgos de trabajo entre la población asegurada.”<sup>50</sup>

“Artículo 192. El Instituto podrá celebrar convenios de reversión de cuotas o subrogación de servicios, con los patrones que tengan instaladas guarderías en sus empresas o establecimientos, cuando reúnan los requisitos señalados en las disposiciones relativas.”<sup>51</sup>

Como se infiere de las anteriores citas, el artículo 97 de esta ley y su contenido en general, se mantiene prácticamente en los mismos términos que el artículo 65 de la Ley de 1943. Lo único que varía es que en la redacción del nuevo artículo se establece que dichos convenios (de reversión de cuotas por subrogación) no se podrían celebrar sin la anuencia de los trabajadores o de su organización representativa. Asimismo, deja abierta la posibilidad de expedir

<sup>49</sup> Ley del Seguro Social de 1973, Op Cit, p 262-263

<sup>50</sup> Ibidem p 256

<sup>51</sup> Ibidem, p 314

los reglamentos para regular dichos convenios en la parte final de esa misma Fracción, a pesar de lo cual, no se expidieron.

Asimismo, otra innovación que trae esta Ley respecto de la anterior es el contenido del artículo 192, que autoriza la celebración de convenios de Reversión de Cuotas o Subrogación de Servicios con los patrones que tuvieren guarderías en sus empresas o en sus establecimientos.

El artículo 89 de la Nueva Ley del Seguro Social de 1995, establece:

“Artículo 89. El Instituto prestará los servicios que tiene encomendados, en cualquiera de las siguientes formas:

I. Directamente, a través de su propio personal e instalaciones;

II. Indirectamente, en virtud de convenios con otros organismos públicos o particulares para que se encarguen de impartir los servicios de la rama de Enfermedades no Profesionales y Maternidad y proporcionar las prestaciones en especie y subsidios de la rama de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, siempre bajo la vigilancia y responsabilidad del Instituto. Los convenios fijarán el plazo de su vigencia, la amplitud del servicio subrogado, los pagos que deban hacerse, la forma de cubrirlos y las causas y procedimientos de terminación, así como las demás condiciones pertinentes; y

III. Asimismo, podrá celebrar convenios con quienes tuvieren establecidos servicios médicos y hospitalarios, pudiendo convenirse, si se tratare de patrones con obligación al Seguro, en la reversión de un a parte de la cuota patronal y obrara en proporción a la naturaleza y cuantía de los servicios relativos. En dichos convenios se pactará, en su caso, el pago de subsidios mediante un sistema de reembolso. Estos convenios no podrán celebrarse sin la previa anuencia de los trabajadores o de su organización representativa.

En todo caso, las personas, empresas o entidades a que se refiere este artículo, estarán obligados a proporcionar al Instituto los informes y estadísticas médicas o administrativas

que éste les exigiere, y sujetándose a las instrucciones, normas técnicas, inspecciones y vigilancia prescritas por el mismo Instituto, en los términos de los reglamentos que con respecto a los servicios médicos se expidan.”<sup>52</sup>

Como se deduce del anterior artículo, éste tiene como antecedentes los artículos 65 y 97 de las Leyes del Seguro Social de 1943 y 1973 respectivamente, puesto que sus Fracciones II y III hacen referencia a la subrogación de servicios sin o con reversión de cuotas.

Los convenios de reversión de cuotas que han existido desde los orígenes del Instituto, no cuentan con la precisión y certidumbre jurídica requerida, porque fueron celebrados sin el sustento de un reglamento, lo cual está generando que dichos convenios, estén celebrados sin ninguna transparencia o discrecionalidad.

De acuerdo con la actual legislación, se puede decir que el contenido de los convenios de cualquier tipo de Subrogación es:

- La amplitud del Servicio Subrogado (región, tipo de servicio y nivel de atención).
- El monto de la contraprestación que cubrirá el Instituto.
- La forma de realizar los pagos.
- Las causas y procedimientos de terminación.
- La forma de cumplir con las obligaciones, a que se refiere el párrafo último del artículo en comento, consistentes en proporcionar los informes y estadísticas médicas o administrativas que pida y sujetarse a las instrucciones, normas técnicas, inspecciones y vigilancia que determine.

---

<sup>52</sup> Nueva Ley del Seguro Social del Seguro Social Comentada, Op Cit. Tomo II p 28-29

- La regulación del sistema de reembolso, en el caso de que se Subrogué el pago de subsidios, que tiene a reducir el número de transacciones financiera, entre otros.<sup>53</sup>

Por último, haremos alusión a la Fracción VII del artículo 264 del mismo ordenamiento jurídico que reza así:

“Artículo 264. El Consejo Técnico tendrá las atribuciones siguientes:

...VII. Expedir el reglamento de reversión de cuotas para los seguros que expresamente establece esta Ley; así como los demás que fueran necesarios para la exacta observancia de la misma...”<sup>54</sup>

De lo anterior se infiere que para la exacta observancia de la Reversión de Cuotas por Subrogación de Servicios, sólo hace falta la expedición del reglamento respectivo.

### **3.3 SITUACIÓN ACTUAL DE ALGUNOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL CON PARTICIPACIÓN PRIVADA.**

Una vez que hemos analizado de manera muy general, las condiciones actuales en las que se encuentra la Subrogación de Servicios, es necesario abordar el caso de algunos países latinoamericanos respecto a estos temas.

Abordaremos algunos aspectos relacionados con la Subrogación y la participación del sector privado en la prestación de servicios médicos, en países tales como Colombia, Uruguay, Jamaica, Trinidad y Tobago, Argentina, Chile, México, Ecuador, y España.

<sup>53</sup> Nueva Ley del Seguro Social Comentada. Tomo II. Op Cit. p. 36

<sup>54</sup> Nueva Ley del Seguro Social Comentada. Tomo II. Op Cit. P. 191

**Colombia.** El Sistema tiene como esencia la ampliación de la cobertura a la población, tanto en lo referente a la salud pública a través de los entes territoriales, como en lo referente a la atención personal a través del sistema de aseguramiento. En el ámbito de la salud pública, el Municipio programa y ejecuta las acciones fundamentales a través de su Plan Local de Salud y su Plan de Atención Básica (PAB). En el ámbito del aseguramiento, las Empresas Promotoras de Salud (EPS) en el régimen contributivo (Rco), y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) en el subsidiado (Rsu), administran el esquema de aseguramiento. Mientras se logra la cobertura universal en el Rsu, la población de bajos recursos no afiliada todavía al sistema (denominada "población vinculada") seguirá atendida en forma gratuita a través de la red pública hospitalaria.

La población contributiva cotiza un 12% de sus ingresos al Sistema, recibiendo todos ellos idéntica atención a través del Plan Obligatorio de Salud (POS); la población subsidiada se afilia al sistema a través de una cotización que el Estado paga a una ARS (Administradoras del Régimen Subsidiado) y recibe el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSs), que a partir del año 2001 será idéntico al POS. El POSs contiene acciones individuales, familiares y colectivas seis de las cuales corresponden al Plan Básico y una a las enfermedades de alto costo, objeto de reaseguramiento. La población elige libremente a qué EPS o ARS (Administradoras del Régimen Subsidiado) se afilia y (dentro de la red ofrecida por éstas) elige también la institución prestadora de servicios (IPS) donde desea ser atendida.

El conjunto del gasto social del Estado en Colombia, ha tenido un comportamiento también creciente pasando en 1990 de representar un 8.59% del PIB, a un 10.65% en 1992 y al 15.67% en 1996. Quizás el mayor desafío para el equilibrio financiero del Sistema es el control de la efusión y la evasión en el aporte de las contribuciones.<sup>55</sup>

---

<sup>55</sup> Internet. URL <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/colpres.doc>



**Uruguay.** Organización general: El Sistema de Salud está constituido por los subsistemas público y privado.

Las instituciones del subsector público son:

- i) el Ministerio de Salud Pública (MSP),
- ii) el Banco de Previsión Social (BPS),
- iii) la Universidad de la República,
- iv) las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policial,
- v) las intendencias municipales; y
- vi) otras entidades públicas y entes autónomos.

El subsistema privado está constituido por instituciones privadas prestadoras de servicios de salud, lo que incluye a: i) instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC); ii) instituciones de asistencia médica particular (los llamados seguros parciales de salud) que son empresas con fines de lucro que brindan una atención específica (por ejemplo: De emergencia, odontológica, de policlínicas, etc.) y de las que hay unas 68 en el país; iii) los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) (empresas públicas o privadas que realizan alguno de los 15 procedimientos pagados a través del Fondo Nacional de Recursos); y iv) los sanatorios, clínicas y consultorios privados, y las residencias y hogares para ancianos.

Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) son organizaciones privadas que ofrecen un seguro de pre-pago, con cobertura integral y cuyo número total de afiliados se aproxima al 50% de la población del país. Pueden adoptar alguna de las siguientes tres formas jurídicas (Ley 15.181, del 21 de agosto de 1981): a) Asociaciones asistenciales, inspiradas en los principios de la solidaridad y que, mediante seguros mutuos, otorgan a sus asociados

asistencia médica (son conocidas como "mutualistas" y las primeras en el país tienen casi un siglo y medio de existencia); b) Cooperativas de profesionales, que proporcionan asistencia médica a sus afiliados y socios, y en las que el capital social es aportado por los profesionales que integran dicha cooperativa; c) Servicios de asistencia sin fines de lucro, creados y financiados por empresas privadas o de economía mixta para prestar atención médica al personal de dichas empresas y sus familiares.

De las 50 IAMC que hay en el país, 7 son mutualistas. La mayoría de las otras 43 son cooperativas de profesionales. Existen unas pocas instituciones creadas con anterioridad a la Ley de 1981 que no realizaron su transformación jurídica según las tres formas señaladas.

Las IAMC son organizaciones independientes y competitivas entre sí. El Estado a través del MSP, del Ministerio de Finanzas, y del Ministerio de Trabajo, ejercen algún control jurídico y técnico sobre ellas, pero poseen un alto grado de autonomía. La mayor restricción a esta autonomía está dada por la fijación por parte del Estado del valor máximo de las cuotas mensuales.

Las IAMC están distribuidas en todo el país, existiendo por lo menos una en cada departamento del país.

La principal fuente de financiamiento son las cuotas (75 % del total de los ingresos en 1998). Estas cuotas pueden ser de tres tipos: i) de pago individual, ii) de pago por convenio colectivo, o iii) de pago por la Seguridad Social. Otras fuentes son los copagos por el uso de servicio de los afiliados (11 % del total), y los ingresos por la venta de servicios y otros (14% del total).

La mayoría de las IAMC están agrupadas en asociaciones de segundo grado (Federación Médica del Interior -FEMI-, Unión de la Mutualidad del Uruguay -UMU-, y el Plenario de IAMC).

Las IAMC se relacionan con el subsector público sobre todo a través de la compra y venta de servicios. También existen otras coordinaciones en cuestiones relacionadas con la promoción y prevención de enfermedades a través de comisiones.

En la última década el modelo predominante en el Uruguay siguió siendo el de las IAMC; no obstante existe una tendencia creciente a la aparición de instituciones de "asistencia médica particular", los cuales son seguros de salud comerciales. Unas intentan afiliar a los que no pueden pagar una IAMC y no quieren tener cobertura del MSP. Otras se dirigen a las personas de altos ingresos que desean tener mas beneficios que en una IAMC. Y un tercer grupo está integrado por las llamadas emergencias móviles, que dan un servicio complementario al ofrecido por las IAMC.<sup>56</sup>

**Jamaica.** Tradicionalmente, el Gobierno ha sido la base y el núcleo del sistema nacional de salud. Como resultado, la mayoría de los datos disponibles se refieren al sector público. El crecimiento imprevisto del sector privado ha tomado por sorpresa a los investigadores y los planificadores. Mientras al sector privado se le atribuye la mayoría de los servicios de atención ambulatoria (75%), se calcula que 95% de la atención hospitalaria se presta en instituciones públicas. La mayoría de los médicos participan tanto en el sistema de atención pública como privada. <sup>57</sup>

<sup>56</sup> Internet. URL: <http://www.americas-health-sector-reform.org/spanish/unipres.doc>

<sup>57</sup> Internet. URL: <http://www.americas-health-sector-reform.org/spanish/jampres.doc>

**Trinidad y Tobago.** Los proveedores de servicios en el sector privado incluyen varias instituciones pequeñas de atención de la salud, en general conocidas como hogares para convalecientes ("nursing homes"). Los establecimientos a menudo son propiedad de los médicos, quienes también los administran. Los establecimientos están gobernados por la Ley de Hospitales Privados y autorizados por el Ministerio de Salud, el cual tiene la responsabilidad de reglamentarlos y supervisarlos. Por lo general estos establecimientos están ubicados en los centros urbanos más grandes, o cerca de ellos. Estos establecimientos se financian principalmente con las tarifas que pagan los usuarios, y en segundo término con los seguros privados de salud. El modelo general de organización del sector de la salud antes de 1995 era muy centralizado, con una función limitada para el sector privado. En el modelo que el Programa Regulador del Sector de la Salud procura implantar, la prestación de los servicios se descentraliza, cuenta con mayor participación del sector privado y depende menos del tributo general como fuente principal de financiamiento para el sector.

Los cálculos de recursos humanos a nivel nacional en el sector de la salud están limitados en particular por la falta de información sobre el subsector privado. Aunque las asociaciones profesionales mantienen registros de algunos grupos de recursos humanos, en muchos casos dichas listas no identifican a las personas que ya no practican la profesión en forma activa.

Por consiguiente, la mayoría de los cálculos de recursos humanos tienden a representar sólo a los empleados del Ministerio de Salud. A esto se suma que existen diversos registros que proporcionan información en este sentido, lo cual hace difícil determinar el personal total por institución y por tipo. Esto se debe en parte al hecho de que una persona puede aparecer en el registro de una institución pero haber sido asignada a otro establecimiento; asimismo, algunas personas pueden trabajar en más de una institución y ser contadas dos veces en las cifras totales

Si bien no se cuenta con una imagen totalmente exacta de los recursos humanos, los estudios preparatorios al Programa Regulador del Sector de la Salud, han detectado muchas vacantes entre el personal, debidas en parte a la emigración de grandes números de profesionales de la salud a otros países. La situación resultante de los niveles de personal ha creado problemas laborales en el sector.<sup>58</sup>

**Argentina.** En Argentina se identifican: i) un subsector público, con financiación y provisión públicas; ii) un subsector de Seguro Social obligatorio organizado en torno a las Obras Sociales (OS), y iii) un subsector privado con modalidades de Seguro Voluntario de prepago, que se organiza según los cálculos de riesgo actuarial o de pago directo por prestación.

El subsector público u oficial provee los servicios a través de la red pública de establecimientos de salud. En la actualidad los servicios provinciales y municipales, que poseen la infraestructura más extendida en el territorio nacional, atienden a: i) los grupos de menores ingresos sin cobertura de la seguridad social y a aquellos que tienen limitaciones de acceso o geográficas; ii) a los beneficiarios de las Organizaciones de Salud; iii) a los sectores sociales con mayor capacidad de pago atraídos por el prestigio institucional; y, iv) a las emergencias y accidentes. También ejercen funciones de educación médica. El subsector público sigue siendo el principal proveedor de servicios de emergencias y de atención a enfermos psiquiátricos y crónicos'. Los servicios públicos gratuitos han debido afrontar la mayor demanda derivada del deterioro de la cobertura de muchas de las OS, mediante un mecanismo de subsidio público a la seguridad social.

El Hospital Público de Autogestión (HPA) propone un nuevo modelo de atención médica. Basa su acción en la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS), las tareas asistenciales, de docencia e investigación, las acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud así como en la articulación con otros establecimientos en forma de redes de servicios de

<sup>58</sup> Internet. URL [Http //www.americas.health-sector-reform.org/spanish/trtpres.doc](http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/trtpres.doc)

salud. Con relación a los pacientes que tienen algún tipo de cobertura, el HPA está autorizado a cobrar a terceros pagadores, sean de la Seguridad Social u otro tipo de Seguro.

Dado que la mayoría de los Hospitales no pertenecen al Gobierno Central, su inscripción en el registro nacional de HPA ha dependido de la decisión de Provincias y Municipios. A mediados de 1998, se habían incorporado a dicho registro 1.082 hospitales públicos (82% del total) de la mayoría de las jurisdicciones:

El subsector privado está compuesto por los profesionales y los establecimientos asistenciales privados que prestan servicios independientes a pacientes particulares con capacidad de pago, a asociados a las Organizaciones de Salud, o a usuarios de las EMP. Se calcula que hay más de 200 EMP, fundamentalmente concentradas en las grandes ciudades. En 1994, se estimaba que contaban con dos millones de beneficiarios. La privatización de los sistemas de retiro a través de las Asociaciones de Fondos de Jubilación y Pensión (AFJP) impulsó el desarrollo de servicios relacionados, vinculando salud, retiro y seguros de vida.<sup>59</sup>

**Chile.** El sector salud es un sistema mixto con dos subsectores: público y privado, tanto en el ámbito de los seguros, como en el ámbito de los prestadores. El subsector público o Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) está compuesto por el Ministerio de Salud (MINSAL) y sus organismos dependientes: los 29 Servicios de Salud (SS); el Fondo Nacional de Salud (FONASA); el Instituto de Salud Pública (ISP); la Central de Abastecimiento (CENABAST); y la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional. Además, de él forman parte la red de establecimientos de Atención Primaria de Salud bajo administración municipal y asesoría y supervisión técnica de los SS.

---

<sup>59</sup> Internet. URL: <http://www.americas-health-sector-reform.org/spaniss/argpres.doc>.

El subsector privado está constituido por:

Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), entidades aseguradoras privadas de afiliación voluntaria que financian prestaciones médicas y subsidios por incapacidad laboral de acuerdo a planes de salud pactados individual o colectivamente. En septiembre de 1998 existían 29 ISAPRES: 11 de ellas son cerradas (para los trabajadores de una empresa o grupos de empresas) y 18 son abiertas (para cualquier persona) y otorgan sus prestaciones con medios propios o ajenos. Tienen una cobertura del 28% de la población total. Su principal fuente de financiamiento la constituye las cotizaciones para salud (7% obligatorio más pago adicional y/o subsidio para alcanzar el precio del plan) y los copagos asociados al plan. Finalmente, por la cobertura insuficiente de enfermedades catastróficas, están desarrollándose seguros privados para financiar estos eventos.

Las Mutuales de Empleadores (Asociación Chilena de Seguridad, Cámara Chilena de la Construcción y el Instituto de Seguridad del Trabajo), son instituciones que administran el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Se encargan de la prevención de estos riesgos, además de prestar atención médica y de rehabilitación a los accidentados y de otorgar los subsidios correspondientes a sus cotizantes. Poseen una infraestructura de hospitales y clínicas de diversa complejidad técnica y centros de atención ambulatoria a través de todo el país.

Las Instituciones prestadoras de servicios de salud sin fines de lucro son instituciones benéficas que realizan en forma predominante prestaciones de salud de carácter ambulatorio. Aquí se incluyen: Cruz Roja, Corporación de Ayuda al Niño Quemado (COANIQUEM), Corporación de Ayuda al Menor (CORDAM), Instituto de Rehabilitación Infantil, Iglesias de distintos credos, ONG y MUTUALES de Empleadores.

Entre los prestadores con fines de lucro están los centros médicos, las clínicas, los hospitales, los laboratorios, las farmacias, los centros especializados (radiológicos, de diálisis, odontológicos), además de los consultorios de los médicos y otros profesionales de la salud.

En general, se observa poca coordinación y trabajo conjunto entre los prestadores de los subsectores público y privado.

No existe un registro nacional de recursos humanos y tecnológicos disponibles para la prestación de servicios de salud y tampoco un análisis detallado de la compra de ellos.

En la presente década, de recuperación del subsector público de salud y de preparación para competir y complementarse con el subsector privado, aún predomina el modelo biomédico centrado en el hospital, el que está en transición hacia un modelo de salud familiar, con mayor capacidad resolutive de la atención ambulatoria y abierto a la participación social.<sup>60</sup>

En mayo de 1981 Chile reemplazó su sistema jubilatorio con un sistema privado de inversión basado de cuentas de la jubilación individuales. El nuevo sistema ha permitido a Chile y otros países latinoamericanos que han seguido el ejemplo chileno desactivar la bomba de tiempo fiscal con que está haciendo tictac para los países

Más importante, Chile ha creado un sistema jubilatorio que, da a obreros, definidos los derechos de propiedad en sus contribuciones jubilatorias claramente, ofertas, el trabajo apropiado e incentivos de la inversión; los actos no como un impedimento sino como el crecimiento económico; y refuerza libertad personal y dignidad.

---

<sup>60</sup> Internet. URL: [http://www.americas\\_health-sector-reform.org/spanish/chilpres.doc](http://www.americas_health-sector-reform.org/spanish/chilpres.doc)



En los 18 años desde que el sistema chileno fue llevado a cabo, la participación de la fuerza obrera, recursos del fondo jubilatorios, y beneficios todo ha crecido. Hoy, más de 95 por ciento de obreros chilenos tienen sus propias cuentas de ahorro jubilatorias; los recursos han crecido por encima de \$34 mil millones, o aproximadamente 42 por ciento de producto doméstico grueso; y la media proporcional real de retorno ha sido aproximadamente 11.3 por ciento por año que les ha permitido a obreros retirarse con las pensiones buenas y más seguras.

No obstante su éxito, el sistema chileno ha encontrado a muchos críticos que a menudo apuntan a los costos administrativos altos, la falta de opción de la carpeta, y el número grande de traslados de un fondo a otra como evidencia que el sistema se agrieta inherentemente e impropio para otros países, incluso los Estados Unidos. Algunas de esas críticas están mal informadas. Muchas otras críticas reflejan los problemas reales, pero ellos son grandemente el resultado de regulación gubernamental excesiva.

**México.** Existen tres grandes subsectores en el sistema de servicios de salud:

- I) Las instituciones de seguridad social, que incluyen el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y los servicios médicos de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y de la Secretaría de Marina (SEMAR);
- II) Los servicios de salud pública proporcionados básicamente por la Secretaría de Salud (SSA), el Programa IMSS – Solidaridad (IMSS-Sol).
- III) el subsector privado.

Las Instituciones de Salud Privadas están fragmentadas y brindan atención de primer y segundo nivel, la mayoría constituidas como sociedades anónimas.

Sus usuarios son de todos los niveles económicos, desde los ingresos más altos (se calcula que 3,6 millones han suscrito planes con compañías aseguradoras), hasta los pobres y las personas de ingresos medios que suelen pagar del "bolsillo". Las organizaciones de atención médica "administrada" están en sus inicios y no son significativas en la prestación de servicios.

El modelo de organización de los servicios parte de un primer nivel de atención, con un equipo de salud formado por un médico general o familiar y enfermeras (la SSA incorpora al promotor de salud de la comunidad y lo llama "núcleo básico") que atiende la demanda de la población asignada y realiza actividades de promoción y prevención según programas priorizados. La entrada al segundo y tercer nivel de atención debe ocurrir por referencia del primero y se brinda en hospitales. <sup>61</sup>

En **Ecuador**, la Ley de Seguridad Social, manifiesta al respecto lo siguiente:

"LIBRO CUARTO  
DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE SEGURO  
PRIVADO

TÍTULO III  
RÉGIMEN LEGAL

ARTÍCULO 330. RÉGIMEN APLICABLE.- Las entidades que integran el Sistema Nacional de Seguridad Social y las personas naturales y jurídicas que integran el Sistema de Seguro Privado, para su constitución, organización, actividades, funcionamiento y extinción se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, a la Ley General de Seguros y su Reglamento, a la Ley General de Instituciones del Sistema Financiero y su Reglamento, a la Ley de Mercado de Valores, al Código de Comercio, a la Ley de Compañías, en forma supletoria, y a las normas reglamentarias y resoluciones que

<sup>61</sup> Internet. URL: <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/mexpres.doc>

para el efecto dicte la Superintendencia de Seguros Sociales y Privados.<sup>62</sup>

La gestión de protección social podrá ser pública, privada o mixta. Lo anterior de acuerdo con la legislación de España.

“Asistencia social

Art. 55. Concepto.

1. La Seguridad Social con cargo a los fondos que a tal efecto se determinen podrá dispensar a las personas incluidas en su campo de aplicación y a los familiares o asimilados que de ellas dependan los servicios y auxilios económicos que, en atención a estados y situaciones de necesidad, se consideren precisos, previa demostración, salvo en casos de urgencia, de que el interesado carece de los recursos indispensables para hacer frente a tales estados o situaciones.<sup>63</sup>

Por otra parte y respecto a la situación actual de la Subrogación de Servicios en nuestro país, tenemos que hasta 1996, existían tres grandes bloques de convenios de Reversión de Cuotas por Subrogación de Servicios que han permanecido con las imprecisiones de la Ley, pero que son pauta para ordenamientos futuros. Sobre el particular, ellos son:

- a) Reversión de Cuotas por Subrogación de los tres niveles de atención médica en el sector bancario.
- b) Reversión de Cuotas por Subrogación de los tres niveles de Servicios en grandes conglomerados empresariales.
- c) Reversión de Cuotas por Subrogación parcial de primer y segundo nivel para empresas concretas y definidas.

En el primero de los nombrados, los empresarios del sector financiero reciben un porcentaje mayoritario de las cuotas de enfermedades y maternidad, así

<sup>62</sup> Ley de Seguridad Social. Quito. Ecuador. 1999

<sup>63</sup> Ley de Seguridad Social. España. 1999

como de riesgos de trabajo, a cambio de que ellos se encarguen de la totalidad de los servicios médicos de sus trabajadores y familiares en clínicas particulares de carácter nacional.

En el segundo grupo el sistema de reversión es similar al anterior, pero sólo para empresas que han ofrecido servicios en poblaciones muy definidas del territorio nacional, estas empresas están agrupadas en tres grandes conglomerados en el estado de Nuevo León que son: Alfa, Femsa y Vitro.

El tercer grupo tiene aspectos muy positivos, en el sentido de que las empresas mineras aceptaron construir clínicas para atender trabajadores y sus familiares hasta la mitad del segundo nivel y el organismo mantenía los servicios restantes; lógico con un porcentaje menor al de los otros dos rubros.

Este último fue tan importante en el cuidado de la salud, porque se generó una verdadera atención de un médico familiar con sus pacientes, y se pudieron abatir problemas crónicos que prevalecían donde se redujo considerablemente el ausentismo, y la siniestralidad; al grado que se ofrecieron estas alternativas a núcleos de trabajadores localizados en poblaciones urbanas, que formaban parte del mismo sector empresarial.

La respuesta de este mecanismo es superior a los estándares de cualquier centro de salud y el médico de la compañía se habilitó como autorizado para ofrecer los pases a los servicios complementarios del segundo nivel y a la totalidad del tercero.

Por estas experiencias, se considera plausible que la reversión sea parcial.

### **3.4 ORGANISMOS PRIVADOS DE SALUD, SUCEPTIBLES DE OTORGAR SERVICIOS SUBROGADOS.**

Los particulares podrán participar en los servicios de atención médica, sin que se pueda denominar privatizar, ya que este concepto es desincorporar los bienes de la nación en beneficio de los particulares, generalmente para que estos ofrezcan servicios tarifados; pero en el caso del IMSS, el no se ve privado de ninguna instalación y además sus bienes no son del Gobierno federal, lo que sucede es el ofrecimiento de un servicio público compartido, entre un organismo descentralizado y las instituciones privadas de carácter médico, sin que en los países donde esto se lleva a cabo por regla haya significado la desvertebración de la institución, por el contrario, ha servido para su fortalecimiento.

Las alternativas son variadas, pero nos vamos a referir a los más representativos esquemas:

**H.M.O. (SISTEMA DE ATENCIÓN MEDICA CONTROLADO)** Estos organismos han proliferado en la Unión Americana, como instituciones privadas de salud que se dedican a ofrecer con carácter privado servicios de mantenimiento de la salud, sin quedar soportados en programas de Seguridad Social, ni de compañías aseguradoras por medio de pólizas de gastos médicos mayores y abarcan a los núcleos familiares por medio de cuotas anuales tarifadas y amparadas en contratos privados y con instalaciones propias.

**Instituciones de Salud Provisional.** Estas compañías se generaron en 1981 en Chile, hasta alcanzar hoy día 36 compañías de salud provisional, donde se requiere autorización de la autoridad, deben contar con un capital mínimo de garantía y reservas actuariales proporcionales a su facturación, por medio del cobro de cuotas de co-pago y de la absorción de las aportaciones del Seguro Social, se encargan de la salud de la población protegida en la cobertura de la seguridad social.

Estas empresas de prepago distribuyen arancelariamente los servicios profesionales en instalaciones propias o ajenas.

Este modelo se ha llevado a algunos otros países.

Una vez que han sido enunciadas, algunas de las organizaciones privadas, que son susceptibles para otorgar Servicios Subrogados, es menester analizar cuales son las alternativas más viables para nuestro país, tomando en cuenta la idiosincrasia nacional y las demás circunstancias económicas y sociales de nuestro país.

Lo anterior entraña evidentemente un profundo análisis de esquemas que han funcionado en el extranjero, pero adaptándolo a nuestra cultura de los sectores médicos.

Existen diversidad de servicios médicos en nuestro país que nos impiden hacer una clasificación de los mismos, no obstante podemos pretender que éstos se identifiquen con el tipo de instalaciones donde se ofrecen. Estos son los siguientes:

**Grandes Centros Médicos.** A éste respecto, cabe señalar que sólo en la Ciudad de México, existen instalaciones similares a las que tienen las instituciones del sector público dentro de la clasificación oficial para este tipo de servicios integrales; toda vez que en el resto del país, las condiciones son más limitadas

Lo anterior se deriva principalmente del hecho de que el sector privado ha carecido de incentivos para invertir en estos rubros y será necesario esperar que en el transcurso del proceso evolutivo de la Subrogación, se incrementen estos centros; pero sin que se exagere, porque los costos son altísimos, al grado de que en los Estados Unidos, estos Centros Médicos presentan serias

crisis económicas, lo cual nos obliga a actuar de una manera sumamente cautelosa.

**Centros hospitalarios de Servicios Integrales.** Es el tipo dominante en general en las grandes ciudades de México, con promedio de 60 camas, radiología, laboratorio y farmacia integrada, además, obviamente, de un cuerpo médico asociado.

Respecto a lo anterior, es importante señalar que en otros países, la experiencia ha mostrado que estos centros fusionándose con las corporaciones administradoras de salud, con objeto de establecer un sistema tarifario, que permita administrar los costos en sistemas de prepago. De donde este sector también podrá ser absorbido o controlado por corporaciones que surjan en México con la misma filosofía, amén de que las compañías aseguradoras se desdoblarán en estos sectores, para no dedicarse sólo a gastos médicos mayores.

La complicación en estos casos, se presenta en las ciudades intermedias y pequeñas, que son la mayoría, las cuales carecen de estas instalaciones, y la alternativa que se presenta, es formar redes médicas para integrarse entre ellas, y en su conjunto lograr los resultados que se presentan en las grandes ciudades.

**Hospitales de Servicios Parciales.** El promedio es de quince camas, y algunos servicios complementarios, sin que éstos alcancen la óptima tecnología, toda vez que operan con bajas tarifas, pero sí se pueden transformar en servicios periféricos.

**Servicios por Grupos Médicos.** Generalmente son los especialistas que forman consorcios o estructuras de apoyo que se integran para buscar la salud de los pacientes.

**Médicos que desarrollan sus Servicios de manera individual.** Esta es la respuesta dominante en todos los sectores médicos del país, y la que consideramos, la alternativa más directa en los Servicios Subrogados. Sin embargo, adolecen los médicos de la capacidad de ofrecer garantías o cauciones, que permitan una clara respuesta a los reclamos por atenciones defectuosas o inclusive errores serios en la atención.

Lo mejor y óptimo es que estos profesionistas se constituyan en una persona moral, a efecto de que se solventen los reclamos económicos, y se otorguen las garantías para el fiel cumplimiento del servicio, si se presenta independiente y se acepta la sola presencia del médico familiar, la negligencia médica se quedaría sin respuesta.

**Administradores de Servicios Médicos que no cuentan con instalaciones propias.** En los servicios médicos del sector financiero se han presentado estos esquemas, donde especialistas independientes configuran alternativas integradoras, que permiten a los trabajadores de este sector tener un estándar de servicios, sin incrementar precios.

La respuesta lógica es que estos profesionistas sirvan de catalizadores en la función de redes medicas, siempre y cuando el conjunto se ajuste a las disposiciones que sobre el particular establezcan las autoridades, para que exista una amplia gama de garantías para los usuarios.

La propuesta se antoja en el sentido de que los servicios subrogados deberán ser versátiles, como las empresas lo soliciten, pero las corporaciones médicas en lo individual o en la formación de redes médicas, deberán contar con el capital, reservas, cauciones y garantías indispensables que permitan ofrecer una respuesta a las negligencias médicas comprobadas.



## **CAPITULO IV. PROPUESTA DE REGLAMENTO PARA LA SUBROGACIÓN DE SERVICIOS.**

Una vez que hemos revisado los aspectos más importantes de la Seguridad Social, específicamente en México, así como señalado los aspectos de mayor trascendencia del Instituto Mexicano del Seguro Social, consignando las características más importantes de las leyes que han estado vigentes a lo largo de su historia, y analizado de manera específica la Subrogación de Servicios, nos abocaremos en el presente capítulo, a señalar la necesidad que existe de la Reglamentación de la Subrogación de Servicios, y presentaremos un Anteproyecto de dicho Reglamento.

### **4.1 NECESIDAD DE REGLAMENTACIÓN DE LA SUBROGACIÓN DE SERVICIOS.**

Recordemos que la Seguridad Social es un instrumento estatal específico protector de necesidades sociales, individuales y colectivas, a cuya protección preventiva, reparadora y recuperadora tienen derecho los individuos, en la extensión, límites y condiciones que las normas dispongan, así como su organización financiera.

De acuerdo a lo anterior, y como lo indicamos en este trabajo, las finalidades de la Seguridad Social son las siguientes: garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión, que en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.<sup>64</sup>

Por otra parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social, Institución encargada de proporcionar la Seguridad Social en nuestro país, cuyo principal ordenamiento legal lo constituye la Ley del Seguro Social, debe buscar

reafirmar valores humanistas y de desarrollo comunitario, impulsar el incremento de fuentes de empleo, ampliación de la cobertura de la población derechohabiente, mejoramiento de la calidad, eficiencia y oportunidad de los servicios de salud, así como de las prestaciones sociales, de los niveles de vida de la población y el otorgamiento de pensiones más justas.

Por tanto, desde el punto de vista económico, la nueva ley, estimula la creación y fomento del ahorro interno del país, con el consecuente incentivo y generación de empleos, además de determinar la suficiencia financiera de cada uno de los ramos que integran el régimen del Seguro Social y, fortalecer el papel del estado en la Seguridad Social al incrementar las aportaciones de éste y otorgar claridad a los procedimientos de fiscalización con el objeto de garantizar los derechos de los trabajadores.

Tal como se comento en el tercer capítulo, la Subrogación de Servicios constituye el medio idóneo para que los servicios que otorga el I.M.S.S. tengan una mayor cobertura y oportunidad, al estimularse la competencia no solo dentro del sector público, sino también al interior de la iniciativa privada.

Claro esta que esta estrategia debe darse dentro de un enfoque moderno que no repita los vicios que en el pasado propició y determinó que quedara en desuso el ejercicio del otorgamiento indirecto de servicios, puesto que solo así se pueden alcanzar los objetivos plasmados en la Nueva Ley del Seguro Social de 1995.

En el marco del nuevo ordenamiento legal que rige al Instituto Mexicano del Seguro Social, y de acuerdo con la evolución de la Seguridad Social en el mundo, la figura jurídica que nos ocupa se encuentra plasmada en su artículo 89, consignándose además en los artículos 264 de la propia ley, y 31 fracción VII del reglamento de organización interna del IMSS, la atribución que tiene el

---

<sup>64</sup> Nueva Ley del Seguro Social. Tomo 1 Op cit pp 2

Honorable Consejo Técnico de la propia institución para expedir y autorizar el Reglamento para el otorgamiento indirecto de servicios.

De lo anterior se desprende que ya es urgente la expedición del Reglamento para la Subrogación de Servicios, puesto que a pesar de que ya se han celebrado algunos convenios de esta naturaleza, es necesario contar con dicho reglamento, para que basándose en este, se realicen dichos convenios, con transparencia y sin discrecionalidad, existiendo así mayor precisión y certidumbre jurídica. De los objetivos que se han perseguido con las diferentes leyes que ha tenido el IMSS, no se han alcanzado, por falta de reglamentación correspondiente.

Antes de pasar al siguiente inciso nos gustaría dar un concepto del maestro Fernando Flores Gómez acerca de lo que es un reglamento el cual dice:

“El reglamento es una disposición de carácter legislativo, expedida por el ejecutivo, que se aplica a todas las personas, cuya situación recae bajo su campo de acción, el objeto de los reglamentos es facilitar el mejor cumplimiento de la ley.”<sup>65</sup>

---

<sup>65</sup> Nociones de Derecho Positivo Mexicano. Flores Gómez Fernando Editorial Porrúa 1991 pp 136

## **4.2 ANTEPROYECTO DE REGLAMENTO PARA LA SUBROGACIÓN DE SERVICIOS.**

### TITULO PRIMERO

#### DISPOSICIONES GENERALES

##### CAPITULO UNICO

**ARTICULO 1.** El presente Reglamento tiene como propósito ordenar el otorgamiento indirecto de servicios por el Instituto Mexicano del Seguro Social, en los términos de la Ley del Seguro Social, a través de la celebración de Convenios de Reversión de Cuotas por Subrogación de Servicios y por Subrogación sin Reversión.

**ARTICULO 2.** Para los efectos de este ordenamiento se entenderá por:

- I. Ley. La Ley del Seguro Social.
- II. Instituto. El organismo público descentralizado denominado Instituto Mexicano del Seguro Social.
- III. Convenio de Reversión de Cuotas por Subrogación de Servicios. Es el acuerdo de voluntades que celebra el Instituto con personas físicas o morales, para que éstos proporcionen un servicio determinado y se revierta un porcentaje de las cuotas obrero patronales.
- IV. Convenio de Subrogación de Servicios sin Reversión de Cuotas. Es el acuerdo de voluntades que celebran el Instituto con personas físicas o morales para que éstas proporcionen un servicio determinado dentro o fuera de sus instalaciones, sin mediar reversión alguna de cuotas, sino el pago de una cantidad en dinero previamente pactado.

- V. Prestador de Servicios. Persona física o moral que posee infraestructura para otorgar servicios de salud y de guarderías, de acuerdo con la normatividad del Instituto.
- VI. Administradora de Servicios de Salud. Persona Física o Moral con capacidad para organizar, administrar, y proporcionar servicios integrales de salud, tanto de medicina familiar como de hospitalización, incluso para el manejo de programas de salud y seguridad en el trabajo y de guarderías, de conformidad con los requisitos y normas que el Instituto establece.
- VII. Voluntad del Sindicato. Anuencia de la organización sindical involucrada en la firma del convenio correspondiente.
- VIII. Voluntad del Trabajador. Anuencia del trabajador en forma directa en la firma del convenio correspondiente cuando no existe organización sindical.
- IX. Reembolso de Subsidios. Es el procedimiento mediante el cual el Instituto reintegra al patrón el monto de los subsidios cubiertos en forma directa a sus trabajadores por él.

**ARTICULO 3.** Las disposiciones de este reglamento serán obligatorias en los convenios que celebre el Instituto con personas físicas o morales para la prestación de servicios.

**ARTICULO 4.** Las prestaciones en especie y en dinero en relación con el otorgamiento de servicios indirectos son aquéllas que se señalan en la Ley, en los ramos de seguros de enfermedades y maternidad, en riesgos de trabajo, así como del seguro de guarderías.

**ARTICULO 5.** En términos de la Ley, el Honorable Consejo Técnico del Instituto está facultado para la expedición, interpretación y aplicación del presente reglamento.

## TITULO SEGUNDO

### DE LAS FACULTADES Y OBLIGACIONES

#### CAPITULO I

#### DE LAS FACULTADES Y OBLIGACIONES DEL INSTITUTO

**ARTICULO 6.** El Instituto, a través de la Dirección de Afiliación y Cobranza, está facultado para la celebración de Convenios de Reversión de Cuotas por Subrogación de Servicios, y de Subrogación de Servicios sin Reversión, para lo cual será necesario la opinión de la Dirección de Prestaciones Médicas, de la dirección de Planeación y finanzas y de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.

**ARTICULO 7.** El Instituto podrá en todo momento vigilar, supervisar, inspeccionar, y evaluar en forma directa, la oportunidad y la calidad con que se proporcionen los servicios otorgados, a través de la Reversión de Cuotas por Subrogación de Servicios, o por la Subrogación sin Reversión, siempre en los términos vigentes en la Institución.

**ARTICULO 8.** El Instituto podrá pactar con los patrones el otorgamiento indirecto de los subsidios por incapacidad médica para el trabajo y el servicio de guarderías, a través del mismo convenio de Reversión de Cuotas por Subrogación de Servicios, o a la Subrogación sin Reversión.

**ARTICULO 9.** El trabajador o sus beneficiarios involucrados en los convenios para el otorgamiento indirecto de servicios, conservaran el derecho de acudir ante los servicios de atención y orientación al Derechohabiente, a denunciar las insatisfacciones por el incumplimiento de los convenios respectivos.

El Instituto valorará la procedencia de las quejas correspondientes, y emitirá la resolución que proceda en los mismos términos, que con los usuarios que atienda directamente el Instituto.

**ARTÍCULO 10.** La totalidad de los trabajadores y sus beneficiarios, pertenecientes a empresas que haya suscrito convenio para el otorgamiento indirecto de servicios, en todo tiempo tendrán derecho a los beneficios consignados en la ley.

**ARTÍCULO 11.** Los prestadores de servicios, proporcionarán en cualquier momento, las facilidades para que la Institución pueda verificar la calidad de los servicios otorgados e incluso los insumos otorgados.

**ARTÍCULO 12.** El Instituto no tendrá responsabilidad alguna derivada de los contratos de trabajo, que tengan las entidades que presten servicios indirectos con sus trabajadores.

Asimismo el Instituto no tendrá responsabilidad en cuanto a las acciones resultantes de mala práctica, negligencia, ni reparación de los daños a la salud, que provengan de la prestación de servicios derivados de los Convenios de Reversión de Cuotas por Subrogación de los mismos o Subrogación sin Reversión. Los prestadores de servicios serán responsables de los actos señalados anteriormente, así como de cualquier otro en que exista un daño patrimonial al instituto.

**ARTÍCULO 13.** Los patrones con convenio de Reversión de Cuotas por Subrogación de Servicios o de Subrogación sin Reversión, darán aviso al Instituto de los accidentes de trabajo ocurridos a sus trabajadores, dentro de las primeras 48 horas del siniestro a través de los formatos que para tal efecto diseñe el Instituto.

**ARTÍCULO 14.** El instituto a través de la Coordinación de Salud en el Trabajo, integrará un archivo transitorio con el aviso hecho por los patrones de los probables accidentes o enfermedades de trabajo.

**ARTICULO 15.** Los trabajadores amparados en el convenio de Reversión de Cuotas por Subrogación de Servicios o de Subrogación sin Reversión que por un accidente o enfermedad de trabajo requieran atención médica, deberán acudir a los servicios médicos Subrogados.

**ARTICULO 16.** Los prestadores de servicios médicos Subrogados comunicaran al Instituto la probable incapacidad parcial o total del trabajador, a fin de que este en los términos de la Ley del Seguro Social y sus reglamentos, califique la procedencia o no de la incapacidad, apoyándose en los avisos previamente presentados de probables enfermedades, accidentes y demás actuaciones que obren en el archivo transitorio.

**ARTICULO 17.** Los prestadores de servicios médicos Subrogados comunicarán al Instituto el probable estado de invalidez de los trabajadores amparados en los Convenios de Subrogación, a fin de que la Institución determine la procedencia o no de dicho supuesto.

**ARTICULO 18.** Para la calificación definitiva de los riesgos de trabajo o del estado de invalidez, será necesaria la presencia física de los trabajadores involucrados dentro de la Coordinación de Salud en el Trabajo en el Instituto.

## CAPÍTULO II

### DE LAS OBLIGACIONES DEL PATRÓN.

**ARTICULO 19.** El patrón al solicitar al Instituto la prestación indirecta de servicios, deberá precisar si su voluntad es firmar un Convenio de Reversión de Cuotas por Subrogación de Servicios o de Subrogación sin Reversión.



**ARTICULO 20.** El patrón al solicitar la firma del convenio para el otorgamiento indirecto de servicios en cualquiera de las dos formas consignadas en el capítulo anterior, deberá comprobar que está al corriente en el pago de las cuotas obrero patronales.

**ARTICULO 21.** El patrón solicitante deberá comprobar también que tiene correctamente inscritos a los trabajadores dentro del régimen obligatorio, con la copia del dictamen de contador público independiente.

**ARTICULO 22.** El patrón interesado en cualquiera de los Convenios de Subrogación deberá precisar a través de qué entidad privada se otorgarán los servicios, a fin de que sean debidamente valoradas por el Instituto, o si en su caso está de acuerdo en recibirlos a través de la entidad que el propio Instituto designe.

**ARTICULO 23.** El patrón deberá acreditar que tiene la anuencia del sindicato o de sus trabajadores para la firma del convenio en cualquiera de sus dos modalidades.

**ARTICULO 24.** Los patrones están obligados a proporcionar al Instituto informes, estadísticas médicas, y administrativas que éste le solicite en los términos de la Ley y sus reglamentos.

**ARTICULO 25.** El patrón estará obligado a informar al instituto los días y causas que generaron las incapacidades médicas que tienen sus trabajadores, clasificándolos por riesgos de trabajo, enfermedad general y maternidad, así como aquellos trabajadores que pierdan la vida por causa de un accidente.

**Artículo 26.** El patrón esta obligado a vigilar que durante el tiempo en que el trabajador está incapacitado para laborar, esté recibiendo servicios médicos junto con su familia, por la empresa obligada en los términos del convenio respectivo.

**ARTICULO 27.** El patrón está obligado a contribuir con el Instituto, entregado actuaciones de tránsito o de otras autoridades, en tratándose de accidentes en trayecto o provocados por terceros, para poder calificar adecuadamente la profesionalidad de estos.

## TÍTULO TERCERO

### DE LAS EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS

#### CAPÍTULO ÚNICO

##### DE LAS OBLIGACIONES DE LAS EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIO.

**ARTICULO 28.** El prestador de servicios, propuestos por el patrón o seleccionado por el instituto para el otorgamiento indirecto de los servicios, deberán acreditar que están debidamente constituidas con forme a la normatividad que esta vigente.

**ARTICULO 29.** Las administradoras de servicios de salud, físicas o morales, tendrán que acreditar ante el Instituto, la capacidad para otorgar los servicios en los términos que este determine.

**ARTICULO 30.** Las entidades privadas prestadoras de servicio, estarán obligadas a proporcionar al Instituto y al patrón correspondiente, la información estadística respecto a las incapacidades médicas de los trabajadores, clasificándolas por riesgos de trabajo, por enfermedad general y por maternidad.

**ARTICULO 31.** La entidad privada prestadora de servicios, deberá contar con un seguro de responsabilidad civil, para cumplir cualquier eventualidad derivada de la prestación de servicios.

**ARTICULO 32.** Los prestadores de servicio quedarán obligados a aceptar la supervisión institucional, tanto en la infraestructura como en la calidad de la prestación del servicio.

**ARTICULO 33.** Las empresas prestadoras de servicio antes de la firma del convenio correspondiente, deberán presentar una fianza, a fin de garantizar la permanencia, continuidad, oportunidad y calidad en la prestación de los servicios.

## TITULO CUARTO DE LOS CONVENIOS

### CAPÍTULO I DE LOS CONVENIOS DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS.

**ARTÍCULO 34.** El Instituto, en los términos de los artículos 89 fracción II de la Ley, podrá celebrar convenios de subrogación de servicios con organismos públicos o particulares para que estos otorguen los servicios médicos a los trabajadores.

**ARTÍCULO 35.** El Instituto antes de firmar los Convenios de Subrogación de servicios, deberá tomar en cuenta las condiciones de las empresas prestadoras de servicio, tanto de infraestructura, de organización, de calidad, de tecnología y de tipo financiero.

**ARTÍCULO 36.** El patrón y las empresas prestadoras de servicios estarán de acuerdo en que el instituto supervise la infraestructura, tecnología y calidad con que se otorgan los servicios.

**ARTÍCULO 37.** En el clausulado de los Convenios de Subrogación de Servicios se deberá consignar lo siguiente:

Los datos de identificación del patrón contratante.

Los datos de la empresa prestadora de servicios participante en el contrato.

Los sujetos a quienes se les proporcionará el servicio.

La anuencia de la organización sindical correspondiente o la de los trabajadores en su caso.

La comprobación de la empresa contratante de estar al corriente en el pago de las cuotas obrero patronales, y en cuanto al registro correcto y oportuno de sus trabajadores, adjuntando el comprobante de pago y la copia del dictamen de contador público independiente.

La vigencia del convenio.

La fecha de inicio de la prestación del servicio.

Los Servicios Subrogados, especificando su naturaleza y las condiciones en que se prestarán.

El costo de los Servicios y la forma de pago.

Los procedimientos para el control y supervisión de los Servicios Subrogados.

Las causas y procedimiento de terminación del convenio.

Periodicidad y procedimientos de actualización de la información sobre los sujetos incluidos en el convenio.

XIII. El seguro de responsabilidad civil, indicando su cobertura y la cantidad asegurada, así como las condiciones de la póliza, y

XIV. Los demás aspectos que se requieran conforme a la Ley y sus reglamentos aplicables.

## CAPÍTULO II

### DE LOS CONVENIOS DE REVERSIÓN DE CUOTAS POR SUBROGACIÓN DE SERVICIOS.

**ARTÍCULO 38.** El instituto, en atención a lo dispuesto en el artículo 89, fracción III de la ley, podrá celebrar los Convenios de Reversión de Cuotas por Subrogación de Servicios, para lo cual el otorgamiento de estos a los asegurados se sujetarán a la propia Ley y sus reglamentos.

**ARTÍCULO 39.** Los Convenios de Reversión de Cuotas por Subrogación de Servicios, siempre incluirán los tres niveles de atención médica, guarderías en su caso, así como el mecanismo para reintegrar el pago de los subsidios por enfermedad, por maternidad y por los riesgos de trabajo.

Para la recuperación de los importes por subsidios, se podrá pactar cualquier mecanismo.

**ARTÍCULO 40.** El patrón que solicite la firma del Convenio de Reversión de Cuotas por Subrogación de Servicios, deberá demostrar que tiene la capacidad para otorgar directamente los servicios a nombre del Instituto a través de terceros que cuenten con la infraestructura suficiente para brindar servicios de alta calidad.

Los servicios anteriores no podrán ser en ningún caso inferiores a los que otorga el Instituto Mexicano del Seguro Social, debiendo además garantizar que se incluyan entre otros aspectos medicina preventiva, fomento a la salud, programas de vigilancia epidemiológica, salud y prevención de riesgos de trabajo, rehabilitación y asistencia al menor, entre otros.

**ARTÍCULO 41.** El patrón al solicitar al Instituto la firma de un convenio de reversión de cuotas por subrogación de servicios, deberá proporcionar lo siguiente:

Nombre o razón social de la empresa.

Dirección de la empresa.

Número de registro patronal.

Listado con el nombre y número de afiliación de los trabajadores que serán motivo del convenio, incluyendo a sus beneficiarios legales. Deberá agregarse el salario base de cotización, edad y sexo.

Anuencia del sindicato donde estén afiliados los trabajadores o en su caso la firma de los trabajadores cuando haya ausencia de organización sindical.

Exposición del procedimiento que se utilizará para la prestación de los servicios médicos, servicios de guarderías, donde se explique como se otorgará la prestación, la ubicación de los lugares en donde se proporcionarán, él o los nombres de las empresas que prestarán el servicio, incluyendo sus domicilios; como solicitarán los derechohabientes los servicios; como se recibirán y tramitarán las quejas por insatisfacción en las atenciones.

**ARTÍCULO 42.** Una vez presentada la solicitud por el patrón, el Instituto deberá resolver en un plazo máximo de 60 días hábiles la aceptación del convenio, en la inteligencia de que si antes de los 60 días se advierte la falta de algún elemento que aportar por parte del patrón, se le dará un plazo de 10 días hábiles para la entrega sin que en ningún caso se rebase el termino inicialmente anotado.

**ARTÍCULO 43.** Para la firma de los Convenios de Reversión de Cuotas por Subrogación de Servicios, los patrones firmantes deberán comprometerse a lo siguiente:

Tanto el patrón que otorgue directamente los servicios, como los terceros involucrados, deberán aceptar la supervisión institucional de su infraestructura para proporcionar los servicios.

Deberán acreditar ante el Instituto la capacidad técnico médica y paramédica de su personal encargado de otorgar los servicios.

Garantizar la solidez, permanencia y continuidad en la prestación del servicio, mediante el otorgamiento de una fianza previamente convenida.

Así mismo se debe contar con un seguro de responsabilidad civil, para cumplir cualquier eventualidad derivada de la prestación del servicio.

Deberá cumplirse además cualquier aspecto que conforme a la Ley y sus reglamentos se lleguen a requerir.

**ARTÍCULO 44.** A los Convenios de Reversión de Cuotas por Subrogación de Servicios, deben integrarse como parte de los mismos la siguiente obligación:

Los consignados en el artículo 41.

El patrón presentará mensualmente al Instituto formato debidamente requisitado con los días y causas de incapacidades médicas de los trabajadores, clasificándolos por riesgos de trabajo, enfermedad general y maternal. Así como deberán consignarse las muertes ocurridas en el mes inmediato anterior de los trabajadores que formen parte del convenio, haciendo hincapié en aquellos fallecimientos derivados de riesgos de trabajo, recalcando si fue en el trayecto o dentro de las instalaciones de la empresa. En todos los casos debe incluirse el nombre y el número de afiliación.

Fecha de inicio de la prestación de servicios, vigencia del convenio y revisión periódica del mismo.

El patrón queda obligado a cubrir al Instituto los gastos por consultas o intervenciones quirúrgicas proporcionadas de urgencia en sus instalaciones a la población amparada por el convenio.

El convenio siempre debe de especificar el monto de la cuota a revertir, tanto los servicios médicos, como por guarderías en su caso y por subsidios por incapacidades médicas.

El convenio deberá consignar las causas y procedimiento para darse por terminado.

Deben formar parte del convenio las sanciones por falta de cumplimiento de lo pactado.

Todos los aspectos que conforme a la Ley y a sus reglamentos que se llegaran a requerir.

### CAPÍTULO III

#### REGIMEN FINANCIERO DE LA REVERSIÓN DE CUOTAS POR SUBROGACIÓN DE SERVICIOS Y POR SUBROGACIÓN SIN REVERSIÓN.

**ARTÍCULO 45.** El costo de los Servicios Subrogados será determinado por la Dirección de Planeación y Finanzas del Instituto y aprobadas por el Honorable Consejo Técnico de la propia Institución. Esos costos serán por nivel de atención.

**ARTÍCULO 46.** En caso de los Convenios de Reversión de Cuotas por Subrogación de Servicios, la Dirección de Planeación y finanzas del Instituto deberá determinar los montos de la cuota sujeta a reversión.

**ARTÍCULO 47.** En caso de los Convenios de Subrogación de Servicios Médicos, que incluye subsidios por enfermedad general y por riesgos de trabajo, los montos serán los establecidos en los artículos 58 y 107 de la Ley del Seguro Social, para el ramo de guarderías, la reversión se dará únicamente para los trabajadores con derecho al servicio conforme a la Ley, y la cuota a revertir en este caso será la que señale la Dirección de Planeación y Finanzas del Instituto.

**ARTÍCULO 48.** La Reversión de las Cuotas por Subrogación de Servicios en ningún caso podrá ser superior al 100% de las aportaciones dentro del régimen obligatorio, ya que el instituto deberá dejar un 20% de las aportaciones para gastos de administración.

**ARTÍCULO 49.** En tratándose de Convenios de Reversión de Cuotas por Subrogación de Servicios que incluyen subsidios por incapacidades médicas y guarderías en su caso, pudieran seguirse manejando los convenios para el reintegro de los pagos directos hechos por los patrones a sus trabajadores, e incluso podrá hacer el patrón el ajuste en la liquidación mensual de sus cuotas obrero patronales.

**ARTÍCULO 50.** La Dirección General del Instituto, presentara anualmente al Honorable Consejo Técnico un estudio financiero respecto a las empresas sujetas a Convenios de Reversión de Cuotas por Subrogación de Servicios o Subrogación sin Reversión, que incluya impactos sociales, avances en la competencia de servicios, y la situación financiera derivado de las estrategias emanadas del otorgamiento directo de servicios. Estos resultados deberán



tomarse en cuenta para la actualización de los importes a revertir en el futuro, o para el pago de los servicios subrogados.

**ARTÍCULO 51.** En ningún caso de Reversión de Cuotas por Subrogación de Servicios, ni la Subrogación sin Reversión excederá el costo que tenga para el instituto la prestación directa de los servicios.

## CAPITULO IV

### DE LA TERMINACIÓN DE LOS CONVENIOS DE REVERSIÓN DE CUOTAS POR SUBROGACIÓN DE SERVICIOS, O SUBROGACIÓN SIN REVERSIÓN.

**ARTÍCULO 52.** Los convenios que se consignan en este reglamento se darán por terminados en los siguientes casos:

Por incumplimiento del patrón de cualquiera de las obligaciones establecidas en el convenio.

Por voluntad expresa de las partes notificada a la otra dentro del plazo pactado en el propio convenio. Cuando sea el patrón el que solicita la terminación, será el Honorable Consejo Técnico del Instituto quien valorará la procedencia o no de la petición.

Cuando se compruebe que los servicios indirectos proporcionados sean de menor calidad que los que otorga el Instituto.

Por solicitud expresa de la representación sindical o en su defecto por los propios trabajadores cuando no exista el sindicato.

Por omitir o falsear información estadística proporcionada al instituto.

Por omitir el pago de tres mensualidades de las cuotas obrero patronales de los seguros que integran el régimen obligatorio.

Cuando se compruebe que las empresas tienen una evasión grave en el cumplimiento de la Ley del Seguro Social, en cuanto al registro de sus trabajadores.

Y cuando exista un dictamen de responsabilidad profesional por autoridad competente.

## CAPITULO V

### DE LAS SANCIONES

**ARTÍCULO 53.** Cuando los actos u omisiones que realicen los patrones y prestadores de servicios así como los demás sujetos obligados, impliquen daño patrimonial al Instituto, los responsables serán sujetos a sanción haciéndose efectiva la fianza correspondiente.

**ARTÍCULO 54.** Cuando se compruebe daño a la salud del asegurado derivado a una mala práctica médica, o negligencia por parte del prestador de servicios o por su personal, que ocasione pérdida o limitación de un órgano funcional permanente, parcial o total, que amerite el otorgamiento de pensión ya sea por incapacidad permanente o por invalidez del asegurado, el prestador de servicios responsable cubrirá al Instituto el daño patrimonial correspondiente.

Lo anterior independientemente de que se haga acreedor de las sanciones en los términos del artículo 304 de la Ley del Seguro Social, sin perjuicio de las sanciones que correspondan de acuerdo con la legislación vigente en México.

### TRANSITORIOS.

**PRIMERO.** Este reglamento entrará en vigor el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**SEGUNDO.** Los Convenios de Reversión de Cuotas por Subrogación de Servicios o de Subrogación sin Reversión, firmados con anterioridad a la entrada en vigor de la Nueva Ley del Seguro Social, se hará en los porcentajes convenidos, aplicándose los mismos al pago realizado por el patrón por concepto de cuotas patronales u obrero patronales, excluyéndose de la aplicación de estos porcentajes a la aportación estatal, y en su caso, al porcentaje de ausentismo del personal pactado, ajustándose al pago respectivo a las nuevas primas de financiamiento señaladas en la Ley. Lo anterior sin perjuicios de que el Instituto realice la reversión de los convenios, con la finalidad de adecuarlos a los resultados actuariales y a Ley en vigor.

**TERCERO.** Dentro de los 150 días posteriores a la entrada en vigor de este reglamento, el Instituto publicará los Instructivos y manuales, para cumplir con todos y cada uno de los requisitos señalados en el presente ordenamiento.

**CUARTO.** Se derogan todas las disposiciones reglamentarias o administrativas que se opongan a lo dispuesto en el presente reglamento.

## CONCLUSIONES

**1.-** La Seguridad Social se encuentra ubicada dentro del Derecho del Trabajo. El Derecho del Trabajo es el seguimiento de normas que regula y estructura el trabajo subordinado buscando siempre la armonía y la justicia social, con base en la proporcionalidad y en la distribución de los beneficios derivados del propio trabajo. En tanto, la Seguridad Social constituye un instrumento estatal específico protector de necesidades sociales, individuales y colectivas, a cuyos beneficios tienen derecho los individuos, en la extensión, límites y condiciones que la ley del Seguro Social y sus Reglamentos disponen. La Seguridad Social no busca proteger únicamente a los individuos ligados a otros por una relación de trabajo, sino que pretende proteger a todos los sectores de la población. Asimismo, sus prestaciones no comprenden sólo la salud, la asistencia social o las prestaciones económicas, también incluyen aspectos de tipo cultural, deportivo, de recreación y de bienestar familiar entre otros.

**2.-** Los Principios de la Seguridad Social según los diferentes autores son seis, a saber: La Universalidad (se refiere a la finalidad de las normas de Seguridad Social que deben encaminarse a proteger a todos los miembros de la comunidad), la Integridad (consiste en la cobertura de todas las contingencias sociales), la Unidad (que implica la conveniencia de la gestión unitaria del Sistema de Seguridad Social), Solidaridad (este principio descansa en la corresponsabilidad de todos los grupos e individuos, con base en el bien común, es decir, por ejemplo que los individuos sanos sean solidarios con los enfermos, los jóvenes con los mayores, los de salario alto con los que tienen salario bajo, etc.), la Equidad (implica que las prestaciones deben ser equitativas y acordes a las aportaciones de los asegurados, no puede otorgarse una pensión igual a un trabajador cuyo salario base de cotización es veinticinco veces que a uno que solo cotiza un salario mínimo), y Legalidad (que implica que todas las prestaciones que se otorguen deben de estar apegadas a estricto derecho).

**3.-** En México, la Seguridad Social surge con el artículo 123 de la Constitución de 1917 y conforme a su evolución tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médicas, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como para el otorgamiento de pensiones, por parte del Estado. Su realización está a cargo de entidades o dependencias públicas federales o

locales y de organismos descentralizados. Aunque existen algunas referencias de la Seguridad Social desde la época del México prehispánico, en las Leyes de Indias, así como en los "Sentimientos de la Nación" de Morelos, y en las Constituciones de 1824 y 1857; podemos considerar propiamente que los antecedentes más trascendentales acerca de la Seguridad Social en México, lo constituyen la ley de pensiones y retiros para civiles y militares de 1896, la Ley sobre Accidentes de Trabajo de Nuevo León de 1906 y el Programa del Partido Liberal, de Flores Magón, en 1906. Con la Constitución de 1917, se otorga a la seguridad social el carácter de obligatoria. El 31 de diciembre de 1942 se expide la Ley del Seguro Social, el 19 de enero de 1943 es publicada en el Diario Oficial y el 1º de enero de 1944, comienza a operar el Seguro Social, con lo que inicia formalmente el Sistema de Seguridad Social en México. En 1959, surge el ISSSTE y en 1976 es publicada en el Diario Oficial de la Federación la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas.

**4.-** El Instituto Mexicano del Seguro Social es una persona moral, creado en ejercicio de sus atribuciones por el Congreso de la Unión, estableciendo a éste en la Ley del Seguro Social, dándole el carácter de organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios. Dicho patrimonio se constituye con fondos del gobierno federal, fondos de los particulares y de los patrones o empresas en forma de cuotas y aportaciones que por ley están obligados. Su objetivo y función primordial es organizar, administrar y estructurar el principal Sistema de Seguridad Social en nuestro país. A lo largo de su historia, el IMSS ha ampliado la cobertura en sus servicios y por ende, abarca cada vez más sectores de la sociedad.

**5.-** En 1943 entra en vigor la primera Ley del Seguro Social, la cual cubría principalmente los siguientes riesgos: accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, enfermedades generales y maternidad, invalidez, vejez y muerte y desocupación en edad avanzada. Se le otorgó un carácter obligatorio y era además, tripartita. Esta ley es abrogada por la Ley del Seguro Social de 1973 que entró en vigor en 1974. Su fundamento era la Seguridad Social integral, puesto que sentó las bases para que eventualmente toda la población tuviera posibilidades de disfrutar de los beneficios que en ella se consignan, dichos beneficios se fueron extendiendo a ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios organizados, trabajadores de industrias familiares y demás trabajadores no asalariados, además creó un nuevo ramo de seguro, el de guarderías y estableció servicios de solidaridad social. Sin embargo, dicha ampliación en la cobertura de servicios del IMSS provocó el rezago en algunos aspectos, por lo que se hacía necesaria la expedición de una nueva ley.

**6.-** El 21 de diciembre de 1996, fue publicada en el Diario Oficial la Nueva Ley del Seguro Social, misma que entró en vigor el 1º de julio de 1997. Como justificantes de la expedición de esta ley, se encuentran la realidad económica de inviabilidad financiera del Instituto, así como su deficiente estructura organizacional y la necesidad de mejorar y modernizar sus servicios y prestaciones. Los cambios más trascendentales se suscitaron en la prestación de los servicios médicos, en el seguro de riesgos de trabajo, y en la creación de las cuentas individuales para el seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez. Dentro del nuevo esquema de pensiones, se crean las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES), con la creación de cuentas y subcuentas individuales para cada trabajador, que se constituyen con la aportación del trabajador, el patrón y el Estado, se crea el Seguro de Salud para la Familia, el Seguro Social para los trabajadores del campo, y un Nuevo Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales. Se modifican porcentajes de las primas, y la mecánica para determinar cuotas de distintos seguros. Además se da una reestructuración en cuanto a sus órganos de gobierno y reorganización administrativa del Instituto, al regionalizarse las zonas de influencia del IMSS, desconcentrando atribuciones del Consejo Técnico y del Director General en dos nuevas estructuras administrativas que el decreto de reformas crea, a saber: consejos consultivos regionales y directores regionales.

**7.-** La Subrogación es la sustitución de una obligación por otra. En el campo de la Seguridad Social, la Reversión de Cuotas es el mecanismo mediante el cual el Patrón se hace responsable de la provisión de prestaciones en especie y de los subsidios del Seguro de Enfermedades y Maternidad, del Seguro de Riesgos de Trabajo y del rubro de Guarderías y a cambio, el IMSS reintegra parte de la cuota respectiva. Así, el patrón contrata con una institución del sector privado la prestación de los servicios de seguridad social, y el IMSS está obligado a reintegrar parte de la cuota respectiva. Los principios que debe tener la subrogación son: legalidad, solidaridad, equidad, calidad, libertad de elección, integralidad, universalidad, transparencia y no discrecionalidad. Sus objetivos son: promover la libertad de elección de los sujetos de la seguridad social, desarrollar un esquema eficiente de colaboración pública y privada para la provisión de servicios de salud, fomentar la competencia y también aumentar la cobertura óptima del sistema de salud sin invertir en infraestructura, la promoción de la eficiencia y la calidad en el IMSS y en el resto del sistema de seguridad social y el desarrollo de un esquema financiero viable para la Institución y promover la participación del IMSS como prestador complementario de servicios.

**8.-** La Subrogación de Servicios sin Reversión, es el acuerdo de voluntades que celebran el Instituto con personas físicas o morales para que estas

proporcionen un servicio determinado dentro o fuera de sus instalaciones, sin mediar Reversión de Cuotas, sino el pago de una cantidad de dinero previamente pactada.

**9.-** La Reversión de Cuotas por Subrogación de Servicios y la Subrogación sin Reversión, han sido reguladas por las leyes del Seguro Social de 1943, 1973 y 1995. La primera de ellas, ya contemplaba estos contratos, en sus artículos 65 y 77, y eran muy comunes, en razón de que el Instituto no contaba aún con infraestructura suficiente para la prestación de servicios. La Ley de 1973 aborda el tema en sus artículos 97, 88 y 192, con imprecisión e incertidumbre, por lo que este tipo de contratos cayeron en desuso, en virtud de que nunca se expidió el reglamento respectivo. Finalmente, con la Nueva Ley del Seguro Social de 1995, se hace referencia a dichos contratos en su artículo 89, al abordar lo referente a la prestación directa e indirecta de los servicios. El artículo 264 en su Fracción VII faculta al Consejo Técnico del IMSS para expedir el Reglamento de Subrogación de Servicios que establece dicha ley.

**10.-** Dentro de las conclusiones del presente trabajo es conveniente señalar que la Subrogación de Servicios dentro del Instituto, se puede llevar a cabo a través convenios para cubrir una cantidad determinada por el servicio proporcionado o a través de la Reversión de una parte de las cuotas obrero patronales.

**11.-** Es importante señalar el hecho de que con el otorgamiento indirecto de servicios médicos, de ningún modo se afectan los principios fundamentales que han acompañado al Seguro Social desde su nacimiento, pues independientemente de que los servicios médicos, pagos de subsidios, y guarderías en su caso, se otorgarían a través de terceros, el control y vigilancia de los procesos, incluyendo los de afiliación, de cobranza y de la certificación de derechos, seguirían en poder del Instituto. En relación a las opiniones en el sentido de que con ello se privatizaría los servicios, cabe afirmar que ello es totalmente falso, puesto que ninguna instalación o infraestructura pasaría al ámbito privado.

**12.-** La Seguridad Social es un instrumento del estado que protege las necesidades sociales, individuales y colectivas. El IMSS, como institución encargada de proporcionar seguridad social a los mexicanos, busca realizar dichos cometidos, en un marco de modernización, mediante un constante mejoramiento y modernización a dicha prestación, siendo uno de los pilares de dicha reforma la Subrogación de Servicios Médicos, que permitirá que los servicios que otorga el Instituto, tengan una mayor cobertura y calidad, al

estimularse la competencia no sólo dentro del sector público, sino también al interior de la iniciativa privada.

**13.-** Para que se pueda realizar plenamente lo anteriormente enunciado, es necesaria la expedición de un Reglamento para la Subrogación de Servicios. El tema central del presente trabajo de investigación ha sido precisamente, el hacer ver la necesidad de dicha reglamentación. La propuesta de reforma legal no afecta en modo alguno a la Ley del Seguro Social en su articulado, sino sólo consiste en dar cumplimiento a lo establecido en su artículo 264 Fracción VII, expidiendo el Reglamento para la Subrogación de Servicios, donde se consignen los aspectos técnicos necesarios para que dichos contratos empiecen a operar.

**14.-** El Anteproyecto de Reglamento para la Subrogación de Servicios que se propone en el presente trabajo de investigación consta de 54 artículos (además de los 4 transitorios), divididos en 4 títulos, a saber Título Primero, Disposiciones Generales; Título Segundo, De las facultades y Obligaciones, Título Tercero, De las empresas prestadoras de Servicios y Título Cuarto, De los Convenios.

**15.-** Por último, dentro de los aspectos más importantes que aborda el anteproyecto en cuestión se encuentran los siguientes: la amplitud del servicio subrogado, el monto de la contraprestación que cubrirá el Instituto, la forma de realizar los pagos, las causas y procedimientos de terminación, la forma de proporcionar los informes y estadísticas médicas o administrativas que se exigieren y sujetarse a las instrucciones, normas técnicas, inspecciones y vigilancia que el Instituto determine y la regulación del sistema de reembolso, en el caso de que se subrogue el pago de subsidios, que tiende a reducir el número de transacciones financieras, entre otros aspectos. Estimamos que en base a lo anteriormente expuesto, dicho Anteproyecto debe ser aprobado por el H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social, para efectos de que el mencionado ordenamiento entre en vigor.



## **BIBLIOGRAFIA**

- **Aportaciones al Debate. La Seguridad Social ante el futuro.** Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 1996.
- **Derecho Administrativo, Segundo Curso.** Martínez Morales Rafael I. Editorial Harla. México. 1991.
- **Derecho de la Seguridad Social.** Báez Martínez Roberto. Editorial Trillas, México, 1991.
- **Derecho Mexicano de la Seguridad Social.** Sánchez León Gregorio. Editorial Cárdenas. Tijuana. México, 1987.
- **Derecho Mexicano de la Seguridad Social.** Rodríguez Tovar José Jesús. Escuela Libre de Derecho, México 1989.
- **Diagnóstico.** Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 1995.
- **Diccionario de Derecho.** De Pina Rafael. Editorial Porrúa, México, 1996.
- **Diccionario Enciclopédico Salvat.** Tomo X, Editorial Salvat, España, 1971.
- **Diccionario Jurídico sobre Seguridad Social.** Instituto de Investigaciones Jurídicas. Editorial UNAM. México, 1994.
- **EL Derecho Social y la Seguridad Social Integral.** González Díaz Lombardo Francisco. Editorial UNAM, México 1978.

- **El Nuevo Derecho Mexicano del Trabajo.** De la Cueva Mario. Editorial Porrúa, México, 1982
- **Enciclopedia Jurídica Omeba.** Editorial Analco, Buenos Aires Argentina, 1975.
- **Estudios y Problemas en la aplicación práctica de la Ley del Seguro Social.** Editorial Mexicana, México, 1978.
- **Jurisprudencia en Materia de Seguridad Social y Temas Afines.** Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección jurídica, Coordinación General de Comunicación social. México, 1979.
- **Hacia el Fortalecimiento y Modernización de la Seguridad Social.** Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección Jurídica, Coordinación General de Comunicación Social. México, 1995.
- **La Seguridad Social.** Herrera Gutiérrez Alfonso. Editorial Galeza, México 1963.
- **La Seguridad Social y sus Principios.** Netter, F., Editorial IMSS, México, 1982.
- **La Subrogación de Servicios Auxiliares de Salud.** Jean Velasco Marie Claude. Editorial Gallegos. Barcelona, 1996.
- **Lineamientos de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social en México.** Gutiérrez Aragón Raquel. Editorial Porrúa, México, 1982.
- **Manual del Derecho del Trabajo.** Guerrero Euquerio. Editorial Porrúa, México, 1986.
- **Nociones de Derecho Positivo Mexicano.** Flores Gómez Fernando. Editorial Porrúa. 1991.

- **Nuevo Derecho del Trabajo.** Trueba Urbina Alberto. Editorial Porrúa México, 1980.
- **Panorama del Derecho Mexicano.** Carrillo Prieto Ignacio. Editorial McGraw-Hill, México, 1997.
- **Prestaciones y Servicios del IMSS.** Fernández Ruiz Silvestre. Editorial Trillas, México, 1998.
- **Propuesta Conjunta Obrero Empresarial para el Fortalecimiento y la Modernización de la Seguridad Social.** Díez de Bonilla Altamirano José. México, 1995.
- **Reforma estructural de la Seguridad Social.** COPARMEX. Editorial Themis, México, 1996.
- **Seguro Social. Manual Práctico.** Amezcua Ornelas Norahenid. Editorial Sicco, México, 1997.

## **LEGISLACIÓN**

- **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**  
Editorial McGraw-Hill. México, 1999.
- **Ley Federal del Trabajo.**  
Editorial Alco. México, 1999.
- **Ley del Seguro Social.** Editorial Vasco. España, 1999
- **Ley del Seguro Social.** Quito, Ecuador, 1999.
- **Ley del Seguro Social de 1943.**  
Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 1943.

- **Ley del Seguro Social de 1973.**

Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 1973.

- **Ley Federal de Entidades Paraestatales.** Editorial Delma, México, 1998

- **Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.** Editorial Delma, México, 1998.

- **Nueva Ley del Seguro Social Comentada.**

Tomos I, II y III. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección Jurídica Coordinación General de Comunicación Social. México, 1998.

- **Marco Reglamentario de la Ley del Seguro Social.**

Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección Jurídica Coordinación General de Comunicación Social.

- Reglamento para pago de cuotas del Seguro Social

- Reglamento de Afiliación

- Reglamento de la Seguridad Social para el campo

- Reglamento del Recurso de Inconformidad

- Reglamento del Seguro de salud para la familia

- Reglamento para la imposición de multas por iniracción a las disposiciones de la Ley del Seguro Social y sus Reglamentos

- Reglamentos de Servicios Médicos

- Reglamento para la prestación de los Servicios de Guardería

- Reglamento para el trámite y resolución de las quejas administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social

### **Direcciones de Internet**

[Http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/argpres.doc.](http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/argpres.doc)

[Http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/colpres.doc.](http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/colpres.doc)

[Http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/chipres.doc.](http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/chipres.doc)

[Http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/jampres.doc](http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/jampres.doc)

[Http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/mexpres.doc.](http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/mexpres.doc)

[Http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/urupres.doc](http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/urupres.doc)

[Http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/trtpres.doc](http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/trtpres.doc)

[Http://www.imss.gob.mx/ig\\_historia.html.](http://www.imss.gob.mx/ig_historia.html)

---