

---

# ELABORACIÓN DE PROYECTO DE INICIATIVA DE REFORMA A LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL SISTEMA UNIVERSAL DE SALUD

Dr. José Antonio Caballero Juárez  
Mtro. Gonzalo Moctezuma Barragán  
Dra. María Solange Maqueo Ramírez

**ELABORACIÓN DE PROYECTO DE INICIATIVA DE REFORMA A LA  
CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS PARA  
GARANTIZAR EL ACCESO AL SISTEMA UNIVERSAL DE SALUD**

***Informe Final***

Resumen ejecutivo – Introducción – Metodología – Análisis – Propuesta de  
iniciativa para reformar los artículos 4° y 73°, fracción XVI de la Constitución –  
Conclusiones – Bibliografía

**RESUMEN EJECUTIVO**

Este documento plantea la conformación de un Sistema Universal de Salud que integre los servicios de salud del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Para tales efectos, se toma como base el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, toda vez que establece un derecho universal y social a la protección de la salud que va más allá de la provisión de la seguridad social para las personas en una relación laboral.

De tal forma que la idea subyacente de esta propuesta consiste en construir un diseño institucional que permita integrar las funciones del SPSS, del IMSS y del ISSSTE en su componente en salud, sin menoscabo de las funciones que le corresponden a estos dos últimos respecto de otros mecanismos de seguridad social vinculados directamente a la relación laboral y, concretamente, a la protección de los trabajadores del sector privado y público.

En ese sentido, las propuestas que aquí se plantean implican importantes cambios a la estructura actual del sistema de salud en México, con el objeto de favorecer el acceso universal a la salud de todas las personas sin importar su condición

laboral, favorecer la portabilidad de los derechos de los usuarios ante las instituciones de salud y la convergencia institucional, generar estrategias de acción conjunta tanto en servicios de salud pública como servicios de salud a las personas, todo dentro de un contexto de viabilidad financiera y con la clara misión de facilitar su implementación a través de mecanismos que favorezcan la cooperación entre los diferentes subsistemas de atención social en salud. Para ello hemos tomado en consideración la transformación de diversos elementos (o funciones) necesarios para construir el Sistema Universal de Salud, entre los que se encuentran los siguientes:

- Una función de rectoría normativa y financiera consistente con las necesidades plurales de los subsistemas de salud.
- Un esquema de financiamiento que establezca criterios uniformes para la asignación de los recursos, mediante la generación de incentivos que favorezcan la demanda de servicios de salud y no la oferta.
- Un paquete homogéneo de beneficios explícitos para la población asegurada que otorgue certeza, facilite la portabilidad de los derechos y fortalezca el empoderamiento de los usuarios de los servicios sociales de salud.
- La adopción de medidas que permitan establecer mecanismos uniformes para valorar y asegurar estándares de calidad homogéneos.
- La centralización de la información de los usuarios para adoptar medidas de política pública en materia de salud, como la determinación de perfiles epidemiológicos, la adopción de medidas de prevención en salud, la identificación de las necesidades de infraestructura, entre otras.
- La necesaria progresividad del Sistema Universal de Salud, mediante la implementación de medidas que permitan un avance paulatino y constante hacia la integración plena. La integración plena del Sistema se logrará en el momento en que todos los beneficiarios del mismo, sin importar su condición laboral, reciban servicios de salud de calidad contenidos en un paquete homogéneo de beneficios explícitos, cuya cobertura contemple la que hoy día proporciona el IMSS a sus asegurados.

El eje conductor de la propuesta que aquí se plantea consiste en dotar de real efectividad al Consejo de Salubridad General, con el objeto de garantizar una toma de decisiones plural que permita conciliar los intereses de cada uno de los actores relevantes en el proceso de integración de los servicios sociales de salud. Su naturaleza colegiada y su previsión a nivel constitucional (en el artículo 73, fracc. XVI, base 1ª) se constituyen en claros elementos que fortalecen la toma de decisiones a favor de la adopción de un Sistema Universal de Salud.

Por ello, proponemos dotar de un orden democrático al órgano rector de la salubridad general, en virtud de que la organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud, es de acuerdo con el artículo 3 en relación con el 13 de la Ley General de Salud, materia de salubridad general exclusiva de la Federación. Una vez reformada la Constitución las leyes secundarias han de modificarse para materializar las funciones rectoras del Consejo en los tres niveles de gobierno y ante las instituciones de seguridad social.

Las funciones del Consejo de Salubridad General en el marco del Sistema Universal de Salud han de centrarse en el diseño de los lineamientos y directrices para el modelo integrado de atención a la salud; determinación de estrategias y acciones de inversión y financiamiento para consolidar el sistema; homologación de servicios y costos entre los prestadores; asignación de recursos y compensación de servicios cruzados entre prestadores; promoción de acciones para la acreditación y certificación de calidad de los establecimientos de salud; y definición de criterios y estándares para la evaluación del desempeño.

Habida cuenta del contexto contemporáneo y de los avances en las políticas públicas en materia de salud, esta propuesta intenta conciliar tanto las necesidades de rectoría y de regulación existentes en el actual sistema de salud, como el objetivo fundamental de garantizar el acceso universal.

En consecuencia se delimitan los alcances del Sistema Universal de Salud, se incorpora el concepto de rectoría como el eje para el establecimiento de políticas públicas en materia de salud y se fijan los parámetros necesarios para la formulación y ejecución de la regulación en la materia. Por otro lado, desde el punto de vista del derecho a la protección de la salud como un derecho fundamental, se desarrollan sus alcances y las responsabilidades del Estado mexicano para su protección, garantía, defensa y promoción.

A continuación se presentan cada uno de los elementos mencionados que integran la propuesta de reforma para la conformación del Sistema Universal de Salud.

### *Rectoría*

La propuesta permite ordenar las funciones de diseño y conducción de la política pública en salud. Al efecto, comprende una reorganización de las funciones rectoras que permitan diferenciar la definición de los objetivos y las metas, la fijación de las prioridades, el diseño normativo para la ejecución de la política pública, así como la recopilación y análisis de la información sobre el funcionamiento del sistema, de las funciones propias de la gestión de recursos. Por otro lado, también se consolidan las bases para el establecimiento de mecanismos que permitan homologar la calidad de los servicios de salud.

En otras palabras, se sugiere un desdoblamiento de las funciones de rectoría que permita distinguir los servicios de salud pública a cargo de la Secretaría de Salud de forma exclusiva, de los servicios personales de salud en el marco del Sistema Universal de Salud, bajo la rectoría compartida de la Secretaría de Salud y del Consejo de Salubridad General como se explica a continuación. En ambos casos, se definen las autoridades responsables de su conducción en sus distintos niveles. La conducción del Sistema Universal de Salud estaría a cargo de dos órganos de gobierno con funciones claramente diferenciadas. Por una parte, tendríamos la función rectora de la Secretaría de Salud, a la cual le correspondería establecer el

marco normativo del Sistema Universal de Salud, así como establecer las líneas generales de política pública a través de la concentración y análisis de la información disponible.

Por la otra, la función rectora del Consejo de Salubridad General consistiría en instrumentar los mecanismos que permitan homologar los servicios de salud y la calidad de los mismos, entre los que se incluyen tanto la acreditación y certificación de los prestadores de servicios de salud. En el marco de esta función, el Consejo de Salubridad General sería el responsable de definir los criterios y estándares para la evaluación del desempeño.

Con el objeto de promover la creación de un fondo público centralizado de recursos, se sugiere que sea el Consejo de Salubridad General el órgano encargado de asignar dichos recursos a las instituciones, órganos o unidades que corresponda para que sean éstas quienes lo administren y ejecuten. Lo anterior bajo los lineamientos fijados por la Secretaría de Salud en el ejercicio de su función rectora.

Cabe decir que el otorgamiento de funciones de rectoría al Consejo de Salubridad General para la conformación del Sistema Universal de Salud presenta la ventaja de permitir una toma de decisiones democrática, con representación de cada uno de los actores relevantes para la integración. Sus decisiones serían adoptadas colegiadamente a través de la participación directa del Secretario de Salud, del Comisionado de Protección Social en Salud, del Director General del IMSS y del Director General del ISSSTE.

## *Financiamiento*

La propuesta comprende la creación de un fondo único de recursos destinados a los servicios personales de salud del Sistema Universal de Salud que garantice una asignación centralizada, a través del Consejo de Salubridad General, cuya gestión y destino se realice por cada uno de los órganos o instituciones del Sistema. Con ello se pretende garantizar el derecho a la salud mediante un financiamiento a cargo de una institución de carácter nacional, que concentre los recursos del Sistema y que cuente con autonomía de los propios prestadores de los servicios médicos. Los servicios de salud pública competencia de la Secretaría de Salud continuarán cubriendo con los recursos presupuestales que establezca el Presupuesto de Egresos de la Federación.

Por lo que se refiere a las fuentes de financiamiento del fondo único del Sistema Universal de Salud es necesario plantear, por lo menos, dos posibles escenarios:

*Escenario 1.* Parte del supuesto de que actualmente existe disponibilidad de recursos para la prestación de los servicios de salud cubiertos por cada uno de los órganos o instituciones que integrarían el Sistema Universal de Salud. Por lo tanto, este escenario no toma en consideración una reforma a corto plazo que modifique las fuentes de financiamiento.

En este escenario, como se ha señalado, los recursos estarían centralizados para su asignación en el Consejo de Salubridad General, lo cual implica la concentración en un fondo público de los recursos que actualmente obtienen tanto el IMSS como el ISSSTE en su componente de servicios de salud, incluidos los recursos presupuestarios que se destinan al SPSS.

La asignación de los recursos se realizaría con base en una fórmula que tome en consideración el número de afiliados a cada subsistema. Esto es, el cálculo que corresponda a partir de la demanda de servicios y no de la oferta. Sin embargo, tomando en consideración que actualmente la cobertura de servicios de salud en

el IMSS y en el ISSSTE tiene una base más amplia que la que proporciona el SPSS, es necesario distinguir dos tipos de cápita. Una cápita que comprenda un piso mínimo de servicios de salud (equivalente a los servicios que actualmente se cubren mediante el CAUSES y el FPGC en el SPSS) y una cápita complementaria para la cobertura de los servicios adicionales que prestan el IMSS y el ISSSTE. De tal forma que mientras la primera cápita, con un monto equivalente, se destinará a cada uno de los tres subsistemas, la cápita complementaria sólo se transferirá al IMSS y al ISSSTE.

Si bien materialmente el cálculo de la cápita complementaria se realizaría por cada uno de los Institutos de seguridad social, así como la Secretaría de Salud con base en la operación de los hospitales e institutos nacionales que coordina, la aprobación (y, por ende, la homologación) del monto a asignar correspondería al Consejo de Salubridad General.

Los servicios cruzados se pagarían vía compensación por evento.

*Escenario 2.* Este supuesto implicaría la reforma de los mecanismos actuales de financiamiento del IMSS y el ISSSTE por lo que hace a su componente en salud. En otras palabras, bajo un segundo escenario sería necesario eliminar el seguro de enfermedades y maternidad de las cuotas obrero patronales, por lo que hace al IMSS, y del fondo médico constituido con las aportaciones del Estado y las cuotas de sus empleados, por lo que se refiere al ISSSTE, con el objeto de homologar sus mecanismos de financiamiento a través de las contribuciones generales a nivel federal.

Se diseñaría un paquete de servicios único para los afiliados a cualquiera de los tres subsistemas, cuidando la no regresividad de derechos para los afiliados al IMSS o al ISSSTE. La cápita para los tres subsistemas sería la misma.



En ambos escenarios se crearía un sistema de compensación por pago de servicios cruzados, a cargo del Consejo de Salubridad General.

### *Beneficiarios*

Uno de los principales objetivos que persigue la integración del Sistema Universal de Salud consiste precisamente en favorecer la portabilidad y estandarizar la calidad de los servicios sociales de salud, para que todos los mexicanos puedan acudir a los establecimientos o centros de atención médica de su preferencia con independencia de su afiliación inicial mediante el IMSS, el ISSSTE o el SPSS.

No obstante, con el objeto de incluir un proceso de adaptación que beneficie la adopción de decisiones de manera informada a través de la experiencia, se sugiere que la portabilidad de los derechos que conferiría el Sistema Universal de Salud adquiriera un carácter progresivo pero paulatino. Para tales efectos sería necesario establecer una etapa de transición que permita alcanzar de manera gradual el objetivo de portabilidad plena y libre elección del usuario respecto de los prestadores de servicios.

Esta primera etapa supondría una libertad de elección limitada por parte de los usuarios, de tal forma que sólo podrían acudir a los prestadores de servicios de salud de primer nivel de atención que les corresponden en razón de su afiliación original (sea IMSS, ISSSTE o el SPSS) y acceder al segundo y tercer nivel vía la referencia/contrarreferencia con base en los convenios específicos que se tengan suscritos entre los propios subsistemas con la aprobación del Consejo de Salubridad General.

Una siguiente etapa, una vez que se haya consolidado la información de los usuarios mediante la integración de un Padrón General, basado en reportes periódicos de altas y bajas por parte de cada subsistema, se estaría en posibilidad de implementar la plena libertad de elección por parte de los usuarios para

acceder a los servicios del primer nivel de atención. El segundo y el tercer nivel funcionarían a través de los mecanismos de referencias y contrarreferencias.

Un incentivo para hacer funcional el reporte de altas y bajas de afiliación a cada subsistema podría consistir en la condición de que si dichos reportes no se realizan dentro del plazo establecido para tales efectos, el costo por la atención del usuario correría a cargo del subsistema que no lo haya realizado en tiempo.

#### *Cobertura de los servicios de salud*

La cobertura tendría sustento en un paquete de servicios explícito.

Se mantendría un nivel de atención homogéneo para los tres subsistemas (tomado como piso los servicios que cubre actualmente el SPSS). Los beneficiarios del IMSS e ISSSTE mantendrían los servicios adicionales que la ley respectiva les otorga. Esto en atención al primer escenario señalado en el financiamiento.

El segundo escenario de financiamiento implicaría un reajuste presupuestario que podría ampliar el paquete de cobertura del SPSS, conservando su carácter explícito.

#### *Prestadores de servicios*

En principio, los prestadores de servicios de salud del Sistema Universal de Salud serían los que actualmente corresponden al IMSS, ISSSTE y al SPSS (incluidos los hospitales e institutos nacionales que coordina la Secretaría de Salud), con la participación del sector privado a través de la celebración de convenios específicos, en los que participaría para su celebración y seguimiento el Consejo de Salubridad General.

Adicionalmente, tomando en consideración que el objetivo del Sistema Universal de Salud implica la cobertura universal mediante la eliminación de inequidad en el

acceso a la salud, tanto preventiva como curativa, a través de un mecanismo de aseguramiento mediante la constitución de un fondo público único, se propone elevar a rango constitucional la eliminación de las cuotas de recuperación. Esta prohibición en nuestro texto constitucional permitiría reforzar el sistema de referencias y contrarreferencias dentro del Sistema Universal de Salud.

Como se propuso dentro del numeral 3, correspondiente a los beneficiarios, sería necesario establecer un periodo de gracia que permita un proceso gradual de transición de los usuarios en los diferentes subsistemas. Mismo que ayudaría a conformar un Padrón General con información de los usuarios, basado en reportes periódicos de altas y bajas.

Ahora bien, es importante considerar que cada uno de los elementos antes indicados para conformar el Sistema Universal de Salud requieren de una materialización sistemática a través de la legislación secundaria. De ahí que, previamente, sea necesario establecer las bases generales que hagan posible implementar las estructuras del Sistema a través de una reforma al más alto nivel normativo. Por lo anterior, el propósito fundamental de este proyecto de investigación consiste en plantear una reforma constitucional que debe tener por sustento la alineación del derecho fundamental a la protección de la salud con su reconocimiento en el Derecho Internacional, a la luz de lo dispuesto por el artículo 1º de nuestro Máximo Ordenamiento. Asimismo, se deben introducir las bases jurídicas que permitan integrar los diferentes subsistemas que conforman el Sistema Nacional de Salud. Por otra parte, es necesario dotar al Consejo de Salubridad General de facultades que le permitan constituirse en el órgano colegiado articulador del Sistema que se propone. De igual forma, es fundamental establecer criterios que permitan desglosar a través de la legislación secundaria las funciones rectoras que, en su caso, corresponderían tanto a la Secretaría de Salud como al Consejo de Salubridad General.

En ese sentido, las reformas y adiciones que se proponen al texto constitucional son las que a continuación se indican:

Texto vigente	Propuesta de reforma o adición
<p>Artículo 4º.</p> <p>[...]</p> <p>[...]</p> <p>[...]</p> <p>Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.</p>	<p>Artículo 4º.</p> <p>[...]</p> <p>[...]</p> <p>[...]</p> <p>Toda persona tiene derecho <b>al disfrute del más alto nivel posible de salud, para lo cual el Estado tutelaré la protección de la salud como valor supremo del hombre, mediante la rectoría del Sistema Universal de Salud, basado en el acceso universal, la equidad, calidad, apoyo financiero, progresividad, portabilidad e integración de los servicios de atención a la salud.</b> La Ley definirá las bases y modalidades <b>para el establecimiento del Sistema Universal de Salud, determinará las características y los mecanismos para el financiamiento de los servicios que se presten</b> y establecerá la</p>

<p>[...]</p>	<p>conurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.</p> <p>[...]</p>
<p>Artículo 73°. [...]</p> <p>XVI.- Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República.</p> <p>1ª. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.</p> <p>2ª. [...]</p>	<p>Artículo 73°. [...]</p> <p>XVI.- Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración, <b>sistema universal de salud</b> y salubridad general de la República.</p> <p>1ª. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, sus disposiciones generales serán obligatorias en el país. <b>Su titular, designado por el Presidente de la República, no podrá ocupar en forma simultánea otro empleo, cargo o comisión.</b></p> <p>2ª. [...]</p> <p>3ª. [...]</p>

<p>3<sup>a</sup>. [...]</p> <p>4<sup>a</sup>. [...]</p>	<p>4<sup>a</sup>. [...]</p> <p><b>5<sup>a</sup>. El Sistema Universal de Salud contará con dos subsistemas, uno dedicado a la salud comunitaria y el otro a la salud de las personas y se financiará con los recursos que le asigne el Presupuesto de Egresos de la Federación. El Sistema estará integrado por la Secretaría de Salud, los servicios de salud que se presten en las instituciones públicas de la Federación, entidades federativas, municipios, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y las demás secretarías de salud e institutos que correspondan de las entidades federativas, así como los servicios que presten las entidades privadas. El Consejo de Salubridad General y la Secretaría de Salud dictarán las medidas necesarias para regular el funcionamiento del Sistema Universal de Salud, de conformidad con las atribuciones que les otorgue la Ley General en</b></p>
---	--

[...]	<p><b>la materia.</b></p> <p>[...]</p>
	<p style="text-align: center;"><b>TRANSITORIOS</b></p> <p><b>PRIMERO.</b> <i>El presente Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.</i></p> <p><b>SEGUNDO.</b> <i>El Congreso de la Unión deberá expedir la legislación para hacer cumplir lo dispuesto en el presente Decreto, a más tardar en un año contando a partir de la entrada en vigor del mismo.</i></p> <p><b>TERCERO.</b> <i>Los Congresos de los Estados y la Asamblea Legislativa del Distrito Federal deberán realizar las adecuaciones necesarias a su legislación secundaria, derivadas del presente Decreto en un plazo no mayor a un año, contado a partir de su entrada en vigor.</i></p> <p><b>CUARTO.</b> <i>Se derogan todas las disposiciones que se opongan al presente Decreto.</i></p>

Las propuestas de reforma a la Constitución que se plantean en este informe, para integrar el Sistema Universal de Salud, permitirían establecer, a través de la Ley General de Salud, la distribución de competencias en las dos categorías identificadas como materia de salud en México. Por una parte la salud comunitaria y, por la otra, la salud de las personas. La rectoría del Sistema Universal de Salud estaría a cargo de la Secretaría de Salud y las facultades regulatorias estarían distribuidas entre esa Secretaría y el Consejo de Salubridad General.

El nuevo marco regulatorio propuesto permitiría conformar un Sistema Universal de Salud que integre los servicios de salud del SPSS, IMSS e ISSSTE, con lo cual se lograría avanzar en la estandarización y homologación de los procesos y procedimientos en materia de salud, así como en la implementación de políticas de salud análogas a través de la regulación.

De igual forma, esta propuesta pretende consolidar el marco existente respecto del Sistema de Protección Social en Salud, al incorporarlo como una pieza clave del Sistema Universal de Salud. De hecho, esta situación se manifiesta con el sostenimiento de la rectoría del Sistema en la propia Secretaría de Salud.



## INTRODUCCIÓN

Desde la creación del sistema mexicano de salud en 1943 hasta la actualidad, el sistema ha seguido un proceso evolutivo favorable para alcanzar el objetivo de universalizar la cobertura de los servicios de salud. No obstante, a pesar de los importantes avances operados, entre los que destaca sin lugar a dudas la creación del Sistema de Protección Social en Salud, aún subsiste el problema de segmentación institucional, que conlleva la diferenciación de ciertos grupos de población en atención a su condición laboral.

Este documento plantea la conformación de un Sistema Universal de Salud que integre los servicios de salud del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Para tales efectos, se toma como base el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, toda vez que establece un derecho universal y social a la protección de la salud que va más allá de la provisión de la seguridad social para las personas en una relación laboral.

De tal forma que la idea subyacente de esta propuesta consiste en construir un diseño institucional que permita integrar las funciones del SPSS, del IMSS y del ISSSTE en su componente en salud, sin menoscabo de las funciones que le corresponden a estos dos últimos respecto de otros mecanismos de seguridad social vinculados directamente a la relación laboral y, concretamente, a la protección de los trabajadores del sector privado y público.

En ese sentido, las propuestas que aquí se plantean implican importantes cambios a la estructura actual del sistema de salud en México, con el objeto de favorecer el acceso universal a la salud de todas las personas sin importar su condición laboral, favorecer la portabilidad de los derechos de los usuarios ante las instituciones de salud y la convergencia institucional, generar estrategias de

acción conjunta tanto en servicios de salud pública como servicios de salud a las personas, todo dentro de un contexto de viabilidad financiera y con la clara misión de facilitar su implementación a través de mecanismos que favorezcan la cooperación entre los diferentes subsistemas de atención social en salud. Para ello hemos tomado en consideración la transformación de diversos elementos (o funciones) necesarios para construir el Sistema Universal de Salud, entre los que se encuentran los siguientes:

- Una función de rectoría normativa y financiera consistente con las necesidades plurales de los subsistemas de salud.
- Un esquema de financiamiento que establezca criterios uniformes para la asignación de los recursos, mediante la generación de incentivos que favorezcan la demanda de servicios de salud y no la oferta.
- Un paquete homogéneo de beneficios explícitos para la población asegurada que otorgue certeza, facilite la portabilidad de los derechos y fortalezca el empoderamiento de los usuarios de los servicios sociales de salud.
- La adopción de medidas que permitan establecer mecanismos uniformes para valorar y asegurar estándares de calidad homogéneos.
- La centralización de la información de los usuarios para adoptar medidas de política pública en materia de salud, como la determinación de perfiles epidemiológicos, la adopción de medidas de prevención en salud, la identificación de las necesidades de infraestructura, entre otras.
- La necesaria progresividad del Sistema Universal de Salud, mediante la implementación de medidas que permitan un avance paulatino y constante hacia la integración plena. La integración plena del Sistema se logrará en el momento en que todos los beneficiarios del mismo, sin importar su condición laboral, reciban servicios de salud de calidad contenidos en un paquete homogéneo de beneficios explícitos, cuya cobertura contemple la que hoy día proporciona el IMSS a sus asegurados.

El eje conductor de la propuesta que aquí se plantea consiste en dotar de real efectividad al Consejo de Salubridad General, con el objeto de garantizar una toma de decisiones plural que permita conciliar los intereses de cada uno de los actores relevantes en el proceso de integración de los servicios sociales de salud. Su naturaleza colegiada y su previsión a nivel constitucional (en el artículo 73, fracc. XVI, base 1ª.) se constituyen en claros elementos que fortalecen la toma de decisiones a favor de la adopción de un Sistema Universal de Salud.

Es a la luz de la Constitución que se debe realizar el examen de la actuación del Estado en relación con la salud de sus gobernados, siendo de especial relevancia la evolución de nuestros principios e instituciones constitucionales, toda vez que de su comprensión podremos generar nuevas respuestas a los retos del Sistema Nacional de Salud. Como sostiene el jurista Luigi Ferrajoli, existen disposiciones constitucionales que, por su propia naturaleza o lo ambicioso de sus postulados, son modificadas por las normas secundarias desvinculándose de su sentido original, siendo desde nuestro punto de vista el Consejo de Salubridad General ejemplo de esa circunstancia. Por ello, proponemos dotar de un orden democrático al órgano rector de la salubridad general, en virtud de que la organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud, es de acuerdo con el artículo 3 en relación con el 13 de la Ley General de Salud, materia de salubridad general exclusiva de la Federación. Una vez reformada la Constitución las leyes secundarias han de modificarse para materializar las funciones rectoras del Consejo en los tres niveles de gobierno y ante las instituciones de seguridad social.

Las funciones del Consejo de Salubridad General en el marco del Sistema Universal de Salud han de centrarse en el diseño de los lineamientos y directrices para el modelo integrado de atención a la salud; determinación de estrategias y acciones de inversión y financiamiento para consolidar el sistema; homologación de servicios y costos entre los prestadores; asignación de recursos y compensación de servicios cruzados entre prestadores; promoción de acciones

para la acreditación y certificación de calidad de los establecimientos de salud; y definición de criterios y estándares para la evaluación del desempeño.

La propuesta se nutre de las experiencias y proyectos propuestos desde la Secretaría de Salud en las últimas décadas. Al efecto retoma las diferentes propuestas que señalan desde hace tiempo la importancia de establecer un sistema universal de protección social que cubra a todos los habitantes del país sin importar su situación laboral. Algunos de ellos enfatizan la necesidad de un piso mínimo de derechos universales en materia de pensiones y seguros contra diversos riesgos, destacando el seguro contra el desempleo; la unificación de los sistemas de salud en términos de sus fuentes de financiación y de sus prestaciones, y el acceso a la alimentación, educación y vivienda. Habida cuenta del contexto contemporáneo y de los avances en las políticas públicas en materia de salud, esta propuesta intenta conciliar tanto las necesidades de rectoría y de regulación existentes en el actual sistema de salud, como el objetivo fundamental de garantizar el acceso universal.

En consecuencia se delimitan los alcances del Sistema Universal de Salud, se incorpora el concepto de rectoría como el eje para el establecimiento de políticas públicas en materia de salud y se fijan los parámetros necesarios para la formulación y ejecución de la regulación en la materia. Por otro lado, desde el punto de vista del derecho a la protección de la salud como un derecho fundamental, se desarrollan sus alcances y las responsabilidades del Estado mexicano para su protección, garantía, defensa y promoción.

A continuación se presentan cada uno de los elementos mencionados que integran la propuesta de reforma para la conformación del Sistema Universal de Salud.

## METODOLOGÍA

Para llevar a cabo este estudio, procederemos a analizar los diversos proyectos en materia de integración de los subsistemas de atención de la salud, elaborados por la Secretaría de Salud en el período 2000 – 2012, la Fundación Mexicana para la Salud y el Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C.

Este ejercicio tiene por objeto identificar los componentes axiológicos, estructurales, personales, financieros y técnico-jurídicos de las diversas propuestas, con especial énfasis en su cobertura, operatividad y factibilidad.

Realizaremos una investigación documental para contar con la información fundamental a efecto de poder comparar los sistemas de salud con énfasis en el componente de servicios de atención médica de Brasil, Canadá, Colombia e Israel, frente al de México. Este trabajo debe considerar los ajustes y los cambios realizados en los últimos años para implementar los sistemas de salud de aquellos países. El grueso de la investigación documental va a recaer en los informes y demás material que los países den a conocer o que se generen con motivo de la labor de organismos como la Organización Mundial de la Salud. El objetivo principal es conocer las mejores prácticas en la materia.

Llevaremos a cabo una investigación sobre las recomendaciones actuales de política pública en materia de unificación de los servicios de atención médica realizadas por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. La finalidad es doble, por una parte estudiar las citadas recomendaciones y por la otra contar con información suficiente para valorar una posible solicitud de asesoría a la Organización Panamericana de la Salud.

Desarrollaremos un estudio que arroje la descripción general de los subsistemas: Sistema de Protección Social en Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Comprendiendo su naturaleza jurídica, marco normativo, operación y funciones en materia de servicios de atención médica.

Los hallazgos derivados de este estudio resultarán esenciales para identificar las áreas de oportunidad, así como los retos para la estructuración de la propuesta de sistema universal de salud.

Analizaremos el marco jurídico del Consejo de Salubridad General a la luz de las atribuciones que le otorgó la reforma de 2003 a la Ley general de Salud con motivo de la creación del Sistema de Protección Social en Salud, así como los resultados del seminario de análisis de su marco jurídico, realizado en 2005 en el seno del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Elaboraremos una presentación en la que se sinteticen y analicen los principales hallazgos derivados de los puntos anteriores.

La idea es presentar el estudio de manera ejecutiva para su discusión y diálogo con los responsables del proyecto por parte de la Secretaría de Salud, con el objeto de integrar sus posibles observaciones y sugerencias.

Además entrevistaremos a los responsables de la instrumentación y aplicación del Sistema de Protección Social en Salud, así como los servidores públicos del Consejo de Salubridad General.

Las entrevistas estarán dirigidas a identificar los requerimientos estructurales, normativos, financieros, políticos, entre otros, a fin de conocer las necesidades específicas y recoger la experiencia de quienes participan de manera directa en su implementación. Estas entrevistas constituyen un aspecto total para identificar los elementos que deben ser considerados para la configuración de la propuesta de reforma constitucional y delinear las necesidades técnicas, humanas y materiales

que implicaría el nuevo sistema universal de salud. En esta etapa se va a solicitar asistencia de la Unidad de Análisis Económico de la Secretaría de Salud, para complementar la estrategia jurídica que se va a sugerir.

Emplearemos las herramientas propias de la técnica legislativa en materia de salud para la redacción del proyecto de iniciativa de reforma constitucional.

El propósito es sustentar a la iniciativa en los tres pilares de esta nueva política pública: el técnico compuesto por las pruebas científicas que la avalan y vinculan con las necesidades sociales; el ético formado por los principios que la legitiman ante la sociedad que pretende servir; y el de la política consistente en los equilibrios y consensos necesarios para hacer viable a esta política pública.

De manera previa, se presentará un primer borrador en el que se comprenda la propuesta de reforma constitucional, la exposición de motivos y la documentación anexa (en la que se comprenderán los estudios que se mencionan en los apartados anteriores, incluyendo los resultados obtenidos de las entrevistas), para que los responsables del proyecto por parte de la Secretaría de Salud emitan sus comentarios y sugerencias. Una vez realizadas las adecuaciones necesarias se procederá a la entrega final del proyecto.

## ANÁLISIS

### Antecedentes

Desde hace tiempo existe la inquietud por parte de expertos e instituciones acreditadas en la materia, de establecer un sistema universal de protección social que cubra a todos los habitantes del país sin importar su situación laboral, a través de mecanismos uniformes que garanticen cierta homogeneidad en la calidad de la prestación de servicios de salud, incrementen el acceso y la libre elección de los usuarios a los centros de atención médica y hospitalaria disponibles, alinien los procesos de prevención y atención de la salud de manera más eficaz y permitan generar estrategias comunes para salvaguardar el derecho a la protección social de la salud, entre otros.

En concreto, las propuestas que han sido analizadas para la elaboración de este informe son las siguientes:

*El Proyecto de Universalidad de los Servicios de Salud de la Fundación Mexicana para la Salud (2012).*

En esta propuesta se recomienda una reorganización de las funciones del Sistema Nacional de Salud, en la cual se sustituya la actual integración vertical con segregación de grupos sociales por una organización horizontal por funciones, en la cual la Secretaría de Salud conservaría solamente la función rectora (que incluye el diseño financiero y la gestión de recursos), el financiamiento sería a través de un fondo único sustentado en impuestos generales (donde la protección universal sea guiada por financiar públicas no vinculadas a la condición laboral y orientados a la demanda, más que a la oferta de servicios), la función de articulación entre el financiamiento y la prestación de servicios se otorgaría a través de las unidades médico hospitalarias públicas y privadas, organizadas en redes plurales de atención por niveles escalonados.



De esta forma, los ejes de esta propuesta residen tanto en la rectoría, como en la diferenciación entre la prestación de servicios y el financiamiento común. Este último, a través de la constitución de un Fondo Único de Aportaciones para Servicios Universales de Salud, con el cual se financien tanto las acciones de salud pública como las acciones de salud dirigidas a la persona. Evidentemente, este mecanismo implicaría una reducción gradual de las cuotas obrero-patronales de la Seguridad Social en lo que corresponde a la salud, así como reemplazar los presupuestos actualmente asignados al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, al Seguro Popular y a las cuotas del Fondo Médico del ISSSTE. Por su parte, la prestación de servicios de salud descansaría en la decisión libre y personal de la población para seleccionar a la institución articuladora a la que desearía afiliarse para obtener, sin costo, los beneficios establecidos en los paquetes universales de beneficios garantizados. Cabe decir que en la función articuladora podrían concurrir instituciones públicas y privadas autorizadas por la institución rectora. Finalmente, en este Proyecto se propone la conformación de paquetes de beneficios universales, que incluyen la salud pública general, la salud pública local, los beneficios esenciales y los de alta especialidad, que constituirán las intervenciones, estudios y medicamentos garantizados mediante el esquema universal propuesto.

*Propuesta: "México hacia la integración del Sistema Nacional de Salud", de la Subsecretaría de Desarrollo e Integración del Sector Salud de la Secretaría de Salud (2010).*

En este documento se plantea la necesidad de reformar el Sistema Nacional de Salud a través de la integración funcional que busque mejorar el acceso universal de la atención en salud para toda la población, en niveles de cobertura y calidad homogéneas, con justicia distributiva en el peso económico que el gasto en salud representa para cada ciudadano. La idea es que esta transformación sea gradual, esto es, diferenciada en fases que vayan desde la integración de las instituciones públicas del sector salud, posteriormente las instituciones del sector privado hasta

lograr la conformación de un sistema integrado o único de salud, con un financiamiento mayoritariamente público.

Los dos pilares de esta propuesta son, por una parte, la portabilidad que permita a los usuarios de los servicios de salud el acceso a la atención médica en cualquiera de las instituciones que integran el Sector Salud y, por la otra, la convergencia, misma que tiene por objeto garantizar la coordinación en el uso compartido de recursos, reducir los costos administrativos y permitir al usuario acceder a prestaciones de servicios médicos completos en las instituciones que integran el sector.

El financiamiento se llevaría a cabo mediante impuestos generales etiquetados para la atención a la salud y la constitución de un fondo de financiamiento, que facilite transferencias entre instituciones y prestadores de servicios, permitiendo, de esta forma, el intercambio de servicios con base en compensaciones financieras. Al igual que en la propuesta anterior, se plantea la diferenciación entre los recursos transferidos para bienes públicos de salud y para los servicios personales de salud.

*Propuesta: “El México del 2012: Reformas a la Hacienda Pública y al Sistema de Protección Social”, de la Fundación Espinosa Yglesias (2012).*

La base de esta propuesta consiste en establecer metas a corto y mediano plazo en materia de protección social universal que impliquen, a su vez, una transformación de la Hacienda Pública, que lo doten de viabilidad y sustentabilidad financiera a largo plazo. El objetivo consiste en eliminar el sistema dual de los sistemas de protección social, de tal forma que se garantice el acceso a todos los mexicanos a un paquete mínimo de derechos sociales, compuesto no solo por la atención de la salud a lo largo de su vida, sino también por seguros de vida e invalidez y pensiones de retiro.

Para tales efectos se proponen medidas específicas para que el financiamiento sea viable a través de recursos públicos, como la eliminación de los regímenes especiales existentes en materia fiscal, la focalización en las familias más pobres, la eficiencia de la administración tributaria para evitar la evasión y elusión fiscal. Cabe señalar que el énfasis de esta propuesta está puesto en que el sistema de protección social esté financiado en su totalidad por recursos públicos provenientes de impuestos generales al consumo, al ingreso a las ganancias de todos los habitantes del país.

*Propuesta: Evaluación y Estrategias de Portabilidad y Convergencia hacia la Integración del Sistema Nacional de Salud, del Instituto Nacional de Salud Pública (2011).*

Son objetivos fundamentales de esta propuesta la portabilidad y la convergencia entre instituciones. Se puntualiza la necesidad de que los usuarios (asegurados) tengan movilidad de acuerdo a su elección y, con ello, que también haya movilidad de fondos per cápita hacia las instituciones de salud que elijan. Así, se plantea la necesidad de ampliar la política de protección social en salud a todos los esquemas de servicios médicos financiados con fondos públicos y dotar a todos los prestadores de servicios de salud de autonomía de decisión, sin importar su naturaleza jurídica. Para tal efecto, sugieren, entre otras medidas específicas, el fortalecimiento del papel rector de la Secretaría de Salud en las acciones centrales de conducción del Sistema Nacional de Salud y del esquema de convenios de desempeño entre la Federación y los estados, transformándolos en sistemas de medición de efectividad con indicadores de impacto y resultados.

Por lo que se refiere al financiamiento, esta propuesta contempla la creación de un fondo nacional constituido con recursos fiscales, mismo que implicaría la eliminación de las cuotas obrero-patronales.

Propuesta: “De la Seguridad Social a la Protección Social”, de Salomón Chertorivski (2009).

A través de la descripción del proceso evolutivo de los derechos sociales y, concretamente, del derecho a la protección de la salud concebido como un derecho relativo a la calidad de personas y no como trabajadores en un régimen laboral específico, aunado a los cambios del papel del Estado en el cumplimiento de sus obligaciones, se evidencia la necesidad de unificar el sistema de salud.

De igual forma en este documento se identifican diversas áreas de oportunidad para mejorar el Sistema de Protección Social en Salud, todo enmarcado en la creación del Sistema Universal de Salud, con un especial énfasis en la función de prevención del Estado.

Propuesta: “Análisis de la factibilidad, alternativas de diseño y consecuencias distributivas de la construcción de un sistema integrado de salud en México”, de Nelly Aguilera y John Scott (2011).

A partir del diseño de modelos, este documento muestra las proyecciones actuariales sobre el gasto en salud total y per cápita y la incidencia distributiva que surgirían de las posibles reformas que busquen la cobertura universal y articulen los flujos financieros. Más que presentar propuestas de reforma concretas logran demostrar los beneficios que traería consigo la integración *versus* el *status quo*.

Asimismo, en este documento los autores analizan diversas alternativas de reforma fiscal para el financiamiento del que llaman Sistema Integral de Salud por medio de impuestos generales, mismos que contemplan la eliminación de ingresos petroleros, eliminación de contribuciones obrero patronales y la ampliación de la base del IVA.

En opinión de los autores la formulación y factibilidad de un proyecto de gasto público que asegure beneficios y derechos básicos universales y efectos son una condición necesaria para lograr una reforma fiscal que permita su sustentabilidad financiera y no a la inversa.

Como puede observarse de las propuestas analizadas, existe una manifestación común en el sentido de avanzar hacia la universalidad de los servicios de salud. Algunas de ellas exponen la necesidad de conformar un fondo común con el que se financie la prestación de los servicios de salud con impuestos generales. De igual forma hay un amplio consenso en las ventajas que traería la integración como son la portabilidad y la convergencia. No obstante dichas coincidencias, también presentan aspectos que las diferencian. Un aspecto de distanciamiento entre ellas se observa en el alcance de la cobertura de los servicios garantizados a través del sistema integrado. Mientras que algunas enfatizan la necesidad de establecer un piso mínimo de derechos universales en materia de pensiones y seguros contra diversos riesgos, entre los que se encuentra el seguro de desempleo, y el acceso a la alimentación, educación y vivienda, otras se enfocan exclusivamente al componente en salud. Otro aspecto que distingue a cada una de las propuestas consiste en el enfoque que presentan, donde el énfasis está puesto en diversos elementos. Así, mientras algunas de las propuestas buscan dotar de sentido y efectividad al derecho fundamental de protección a la salud, a través de esfuerzos y estrategias unificadas, otras ponen especial énfasis en elementos que garanticen la operatividad de un sistema universal, como son la conformación de padrones universales de beneficiarios y guías de práctica clínica, entre otros.

El objetivo de este informe no es tratar de conciliar cada propuesta, ni siquiera adoptar alguna de ellas, sino identificar las diferentes líneas argumentativas para elaborar la propuesta de reforma a los artículos 4º y 73, fracción XVI constitucionales. En ese sentido, como podrá observarse más adelante, la propuesta que aquí se plantea no rivaliza con los objetivos perseguidos en las

propuestas analizadas. De hecho, participa de los beneficios que traería consigo el proceso de la universalización de los servicios de salud, entre los que cabe señalar el financiamiento común no vinculado a la condición laboral, los subsidios orientados a la demanda más que a la oferta, la portabilidad y convergencia y su corolario, el acceso universal a la salud y la libre elección de los usuarios sin importar su condición laboral.

De tal forma que la propuesta de reforma a la Constitución en los términos que se establecerán más adelante, no rivaliza con las anteriores, pues establece las bases mínimas que garanticen al más alto nivel normativo la conformación del diseño institucional y funcional del Sistema Universal de Salud y, con ello, el acceso universal a la salud en condiciones equitativas. La idea fundamental de esta propuesta consiste en sentar las bases al más alto nivel normativo para que, una vez reformada la Constitución, la legislación secundaria desarrolle los mecanismos específicos que doten de efectividad la universalización de los servicios de salud. No obstante, cabe advertir que esta propuesta presenta una particularidad que la distingue de sus antecesoras, misma que consiste en los mecanismos de articulación del proceso de integración para darle un papel relevante al Consejo de Salubridad General.

Todas estas propuestas no sólo han logrado permear en la conciencia de quienes tienen a su cargo el diseño y configuración de las políticas públicas en materia de salud, sino que revelan la necesidad de avanzar paulatinamente en este proceso de universalización.

En concreto, la necesidad de este proceso se manifiesta de manera más contundente por lo que se refiere a los mecanismos de aseguramiento social, como son el IMSS, el ISSSTE y el Sistema de Protección Social en Salud, por tener objetivos comunes y adoptar mecanismos propios del “aseguramiento social”. Estas instituciones comparten el objetivo fundamental de abatir las desigualdades en la salud y, con ello, garantizar el acceso equitativo de la

atención en salud para la población. De esta forma, el componente social que las caracteriza lleva a la necesidad de promover su integración y, con ello, darles el carácter de verdaderos instrumentos para hacer efectivo el derecho fundamental consagrado en el artículo 4º constitucional. Así, tanto el IMSS como el ISSSTE participarían del carácter que actualmente se le concede al Sistema de Protección Social en Salud como instrumento *ad hoc* para garantizar la efectividad del “derecho a la protección de la salud”.

No obstante, el hecho de que el énfasis haya sido puesto en estos tres mecanismos de aseguramiento social no es óbice para considerar la participación de las diversas instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, tanto a nivel federal como estatal, en el Sistema Universal de Salud. De hecho, como se verá más adelante, la propuesta que aquí se presenta contempla esta situación.

### **Descripción general de los subsistemas de salud**

Para la presente investigación y la propuesta de reforma que le acompaña resulta imprescindible conocer y describir los componentes del Sistema Nacional de Salud responsables de la prestación de servicios de atención médica a la mayoría de la población, que para efectos de este trabajo denominamos subsistemas de salud. Los mencionados subsistemas son el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y el Sistema de Protección Social en Salud.

## 1. Instituto Mexicano del Seguro Social

CONCEPTO	INSTRUMENTO NORMATIVO	CONTENIDO
FUNDAMENTO CONSTITUCIONAL	CPEUM	<p>El Congreso de la Unión, sin contravenir a las bases siguientes deberá expedir leyes sobre el trabajo, las cuales regirán:</p> <p>A. Entre los obreros, jornaleros, empleados domésticos, artesanos y de una manera general, todo contrato de trabajo:</p> <p>[...]</p> <p>V. Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; [...];</p> <p>[...]</p> <p>XIV. Los empresarios serán responsables de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores, sufridas con motivo o en ejercicio de la profesión o trabajo que ejecuten; por lo tanto, los patronos deberán pagar la indemnización correspondiente, según que haya traído como consecuencia la muerte o simplemente incapacidad temporal o permanente para trabajar, de acuerdo con lo que las leyes determinen. Esta responsabilidad subsistirá aún en el caso de que el patrono contrate el trabajo por un intermediario.</p> <p>XV. El patrón estará obligado a observar, de acuerdo con la naturaleza de su negociación, los preceptos legales sobre higiene y seguridad en las instalaciones de su establecimiento, y a adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo, así como a organizar de tal manera éste, que resulte la mayor garantía para la salud y la vida de los trabajadores, y del producto de la concepción, cuando se trate de mujeres embarazadas. Las leyes contendrán, al efecto, las sanciones procedentes en cada caso;</p> <p>[...]</p> <p>También será competencia exclusiva de las autoridades federales, la aplicación de las disposiciones de trabajo en los asuntos relativos a conflictos que afecten a dos o más</p>



			<p>Entidades Federativas; contratos colectivos que hayan sido declarados obligatorios en más de una Entidad Federativa; obligaciones patronales en materia educativa, en los términos de Ley; y respecto a las obligaciones de los patrones en materia de capacitación y adiestramiento de sus trabajadores, así como de seguridad e higiene en los centros de trabajo, para lo cual, las autoridades federales contarán con el auxilio de las estatales, cuando se trate de ramas o actividades de jurisdicción local, en los términos de la ley reglamentaria correspondiente. (art. 123, Apartado A).</p>
<b>OBJETIVOS</b>		Ley del Seguro Social	<p>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 (art. 2.).</p> <p>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. (art. 4.).</p> <p>El Seguro Social cubre las contingencias y proporciona los servicios que se especifican a propósito de cada régimen particular (obligatorio o voluntario), mediante prestaciones en especie y en dinero, en las formas y condiciones previstas por esta Ley y sus reglamentos (arts. 6 y 7°).</p>
		Ley del Seguro Social (Régimen Obligatorio)	<p>Comprende los seguros de: I. Riesgos de trabajo; II. Enfermedades y maternidad; III. Invalidez y vida; IV. Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y V. Guarderías y prestaciones sociales (art. 11).</p>
		Ley del Seguro Social (Régimen Voluntario)	<p>Todas las familias en México tienen derecho a un seguro de salud para sus miembros y para ese efecto, podrán celebrar con el Instituto Mexicano del Seguro Social convenio para el otorgamiento de las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad, en los términos del reglamento respectivo (art. 240).</p> <p>Se incluyen: el seguro de salud para la familia, seguros adicionales y otros seguros (de vida). (Título Tercero).</p>
<b>SUJETOS OBLIGADOS</b>	<b>PATRONES</b>	Ley del Seguro Social	<p>Los patrones están obligados a:</p> <p>I. Registrarse e inscribir a sus trabajadores en</p>

			<p>el Instituto, comunicar sus altas y bajas [...];</p> <p>II. Llevar registros, tales como nóminas y listas de raya en las que se asiente invariablemente el número de días trabajados y los salarios percibidos por sus trabajadores, además de otros datos que exijan la presente Ley y sus reglamentos. [...]</p> <p>III. Determinar las cuotas obrero patronales a su cargo y enterar su importe al Instituto;</p> <p>IV. Proporcionar al Instituto los elementos necesarios para precisar la existencia, naturaleza y cuantía de las obligaciones a su cargo establecidas por esta Ley y los reglamentos que correspondan;</p> <p>[...]</p> <p>VII. Cumplir con las obligaciones que les impone el capítulo sexto del Título II de esta Ley, en relación con el seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez;</p> <p>Corresponde al patrón pagar íntegramente la cuota señalada para los trabajadores, en los casos en que éstos perciban como cuota diaria el salario mínimo (art. 36).</p> <p>El patrón al efectuar el pago de salarios a sus trabajadores, deberá retener las cuotas que a éstos les corresponde cubrir. El patrón tendrá el carácter de retenedor de las cuotas que descuenta a sus trabajadores y deberá determinar y enterar al Instituto las cuotas obrero patronales, en los términos establecidos por esta Ley y sus reglamentos (art. 38).</p> <p>El patrón deberá dar aviso al Instituto del accidente o enfermedad de trabajo, en los términos que señale el reglamento respectivo (art. 51).</p> <p>Los patrones estarán obligados siempre que contraten un nuevo trabajador a solicitar su número de seguridad social y el nombre de la Administradora que opere su cuenta individual (art. 177).</p>
<b>BENEFICIARIOS</b>	<b>SUJETOS</b>	Ley del Seguro Social	<p>Son sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio:</p> <p>I. Las personas que de conformidad con los artículos 20 y 21 de la Ley Federal del Trabajo, presten, en forma permanente o eventual, a otras de carácter físico o moral o unidades económicas sin personalidad jurídica, un servicio remunerado, personal y subordinado, cualquiera que sea el acto que le dé origen y cualquiera que sea la personalidad jurídica o la naturaleza</p>

		<p>económica del patrón aun cuando éste, en virtud de alguna ley especial, esté exento del pago de contribuciones;</p> <p>II. Los socios de sociedades cooperativas, y</p> <p>III. Las personas que determine el Ejecutivo Federal a través del Decreto respectivo, bajo los términos y condiciones que señala esta Ley y los reglamentos correspondientes (art. 12)</p> <p>Voluntariamente podrán ser sujetos de aseguramiento al régimen obligatorio: Los trabajadores en industrias familiares y los independientes, como profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y demás trabajadores no asalariados;</p> <p>II. Los trabajadores domésticos;</p> <p>III. Los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios;</p> <p>IV. Los patrones personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio, y</p> <p>V. Los trabajadores al servicio de las administraciones públicas de la Federación, entidades federativas y municipios que estén excluidas o no comprendidas en otras leyes o decretos como sujetos de seguridad social (art. 13).</p> <p>En caso de muerte por riesgo de trabajo los beneficiarios de las pensiones y prestaciones son: la viuda o concubina, y los huérfanos. A falta de los anteriores serían los ascendientes. (art. 66)</p> <p>Están amparados por el seguro de enfermedades y maternidad:</p> <p>I. El asegurado;</p> <p>II. El pensionado por: a) incapacidad permanente total o parcial; b) invalidez; c) cesantía en edad avanzada y vejez, y d) viudez, orfandad o ascendencia;</p> <p>III. La esposa o concubina; el esposo o concubino;</p> <p>V. a VII Los hijos del asegurado</p> <p>VIII. el padre y la madre del asegurado o pensionado (art. 84)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguridad social en el campo</li> </ul> <p>La seguridad social se extiende al campo</p>
--	--	---

			<p>mexicano, en los términos y formas que se establecen en la presente Ley y los reglamentos respectivos (art. 234).</p> <p>Las mujeres y los hombres del campo que tengan el carácter de trabajadores independientes, respecto de quienes no medie ninguna relación de subordinación laboral, los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios; así como los ejidos y otras formas superiores de organización, podrán acceder a la seguridad social en la forma y términos que señala el artículo 13, a través de convenio de incorporación voluntaria al régimen obligatorio, o bien mediante el seguro de salud para la familia establecido en el artículo 240 de esta Ley (art. 235).</p> <p>Aquellos productores del campo que estuvieran incorporados por la vía de Decreto Presidencial a la seguridad social, podrán afiliarse al Régimen de seguridad social de los previstos en la presente Ley, que resulte más conveniente a sus condiciones productivas y de ingreso. En el caso de los cañeros, tabacaleros y otras ramas de producción especializadas se incorporarán con las modalidades que correspondan, de acuerdo a lo establecido en la fracción III del artículo 12 de esta Ley (art. 236).</p> <p>Los indígenas, campesinos temporaleros de zonas de alta marginalidad y todas aquellas familias campesinas, cuya condición económica se ubique en pobreza extrema, tendrán acceso a las prestaciones de solidaridad social, bajo la forma y términos que establecen los artículos 214 a 217 de esta Ley (art. 238).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Régimen Voluntario</li> <li>- Seguro de salud para la familia</li> <li>- Los sujetos amparados por el seguro de salud para la familia son los señalados en el artículo 84 de esta Ley y se sujetarán a los requisitos que se indican en el mismo (art. 241).</li> </ul>
	<b>CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD</b>	Ley del Seguro Social	Los derechohabientes para recibir o, en su caso, seguir disfrutando de las prestaciones que esta Ley otorga, deberán cumplir con los requisitos establecidos en la misma y en sus reglamentos. Para tal efecto el Instituto expedirá a todos los derechohabientes, un documento de identificación a fin de que puedan ejercitar los derechos que la Ley les confiere, según el caso (art. 8).
	<b>DERECHOS</b>	Ley del Seguro Social	Los trabajadores tienen el derecho de solicitar al Instituto su inscripción, comunicar las modificaciones de su salario y demás condiciones de trabajo y, en su caso,

		<p>presentar la documentación que acredite dicha relación, demuestre el período laborado y los salarios percibidos. Lo anterior no libera a los patrones del cumplimiento de sus obligaciones ni les exime de las sanciones y responsabilidades en que hubieran incurrido (art. 18).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro de Riesgo de trabajo.</li> </ul> <p>El trabajador asegurado tendrá derecho a las prestaciones consignadas en el seguro de enfermedades y maternidad o bien a la pensión de invalidez señalada en esta Ley, si reúne los requisitos consignados en las disposiciones relativas, y</p> <p>II. Si el riesgo trae como consecuencia la muerte del asegurado, los beneficiarios legales de éste tendrán derecho a las prestaciones en dinero que otorga el presente capítulo (art. 47).</p> <p>El trabajador asegurado tendrá derecho a las prestaciones consignadas en el seguro de enfermedades y maternidad o bien a la pensión de invalidez señalada en esta Ley, si reúne los requisitos consignados en las disposiciones relativas, y</p> <p>II. Si el riesgo trae como consecuencia la muerte del asegurado, los beneficiarios legales de éste tendrán derecho a las prestaciones en dinero que otorga el presente capítulo (art. 50).</p> <p>Prestaciones en Especie. El asegurado que sufra un riesgo de trabajo tiene derecho a las siguientes prestaciones en especie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I. Asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica;</li> <li>II. Servicio de hospitalización;</li> <li>III. Aparatos de prótesis y ortopedia, y</li> <li>IV. Rehabilitación (art. 56).</li> </ul> <p>Prestaciones en Dinero (arts. 58 a 67).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro de enfermedades y maternidad</li> </ul> <p>Prestaciones en Especie: En caso de enfermedad no profesional, el Instituto otorgará al asegurado la asistencia médica quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que sea necesaria, desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo de cincuenta y dos semanas para el mismo padecimiento (art. 91).</p> <p>En caso de maternidad, el Instituto otorgará a</p>
--	--	--

		<p>la asegurada durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio, las prestaciones siguientes:</p> <p>I. Asistencia obstétrica;</p> <p>II. Ayuda en especie por seis meses para lactancia, y</p> <p>III. Una canastilla al nacer el hijo, cuyo importe será señalado por el Consejo Técnico (art. 94).</p> <p>Prestaciones en dinero: En caso de enfermedad no profesional, el asegurado tendrá derecho a un subsidio en dinero que se otorgará cuando la enfermedad lo incapacite para el trabajo (art. 96).</p> <p>La asegurada tendrá derecho durante el embarazo y el puerperio a un subsidio [...] (art. 101).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro de invalidez y vida</li> </ul> <p>Los riesgos protegidos son la invalidez y la muerte del asegurado o del pensionado por invalidez, en los términos y con las modalidades previstos en esta Ley (art. 112).</p> <p>El estado de invalidez otorga las prestaciones siguientes: pensión temporal o definitiva, asistencia médica, asignaciones familiares, ayuda asistencial (art. 120).</p> <p>Cuando ocurra la muerte del asegurado o del pensionado por invalidez, el Instituto otorgará a sus beneficiarios, conforme a lo dispuesto en el presente capítulo, las siguientes prestaciones:</p> <p>I. Pensión de viudez;</p> <p>II. Pensión de orfandad;</p> <p>III. Pensión a ascendientes;</p> <p>IV. Ayuda asistencial a la pensionada por viudez, en los casos en que lo requiera, de acuerdo con el dictamen médico que al efecto se formule, y</p> <p>V. Asistencia médica, en los términos del capítulo IV de este Título.</p> <p>En caso de fallecimiento de un asegurado, las pensiones a que se refieren las fracciones I, II y III de este artículo se otorgarán por la institución de seguros que elijan los beneficiarios para la contratación de su renta vitalicia [...] (art. 127).</p>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asignaciones familiares y ayuda asistencial</li> </ul> <p>Las asignaciones familiares consisten en una ayuda por concepto de carga familiar y se concederá a los beneficiarios del pensionado por invalidez. Los beneficiarios son: la esposa o concubina, los hijos, los ascendientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez</li> </ul> <p>Los riesgos protegidos son el retiro, la cesantía en edad avanzada y la vejez del asegurado, así como la muerte de los pensionados por este seguro, en los términos y con las modalidades previstas en esta Ley (art. 152).</p> <p>La contingencia consistente en la cesantía en edad avanzada, obliga al Instituto al otorgamiento de las prestaciones siguientes:</p> <p>I. Pensión;</p> <p>II. Asistencia médica, en los términos del capítulo IV de este Título;</p> <p>III. Asignaciones familiares, y</p> <p>IV. Ayuda asistencial (art. 155).</p> <p>El ramo de vejez da derecho al otorgamiento de las siguientes prestaciones: pensión, asistencia médica, asignaciones familiares y ayuda asistencial (art. 161).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayuda para gastos de matrimonio</li> </ul> <p>Este derecho se ejercerá por una sola vez y el asegurado no tendrá derecho por posteriores matrimonios (art 165).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuenta individual</li> </ul> <p>Es derecho de todo trabajador asegurado contar con una cuenta individual (art. 174).</p> <p>El trabajador asegurado tendrá, en los términos de las leyes respectivas, el derecho de elegir a la Administradora de Fondos para el Retiro que operará su cuenta individual (art. 176).</p> <p>Durante el tiempo en que el trabajador deje de estar sujeto a una relación laboral, tendrá derecho a:</p> <p>I. Realizar aportaciones a su cuenta individual, y</p> <p>II. Retirar parcialmente sus recursos [...] (art.</p>
--	--	--

			<p>191).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro de guarderías y prestaciones sociales</li> </ul> <p>El ramo de guarderías cubre el riesgo de no poder proporcionar cuidados durante la jornada de trabajo a sus hijos en la primera infancia, de la mujer trabajadora, del trabajador viudo o divorciado o de aquél al que judicialmente se le hubiera confiado la custodia de sus hijos, mediante el otorgamiento de las prestaciones establecidas en este capítulo.</p> <p>Este beneficio se podrá extender a los asegurados que por resolución judicial ejerzan la patria potestad y la custodia de un menor, siempre y cuando estén vigentes en sus derechos ante el Instituto y no puedan proporcionar la atención y cuidados al menor (art. 201).</p> <p>Los servicios de guardería infantil incluirán el aseo, la alimentación, el cuidado de la salud, la educación y la recreación de los menores a que se refiere el artículo 201. Serán proporcionados por el Instituto, en los términos de las disposiciones que al efecto expida el Consejo Técnico (art. 203).</p> <p>Las prestaciones sociales comprenden: I. Prestaciones sociales institucionales, y II. Prestaciones de solidaridad social (art. 208).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestaciones de solidaridad social</li> </ul> <p>Las prestaciones o servicios de solidaridad social comprenden acciones de salud comunitaria, asistencia médica, farmacéutica e incluso hospitalaria (art. 214).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporación voluntaria en el régimen obligatorio</li> </ul> <p>El esquema de aseguramiento comprende:</p> <p>a) Para los sujetos a que se refieren las fracciones I y III del artículo 13 de esta Ley, las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad y las correspondientes de los seguros de invalidez y vida, así como de retiro y vejez, en los términos de los capítulos respectivos;</p> <p>b) Para los sujetos a que se refiere la fracción II del artículo 13 de esta Ley, las prestaciones en especie de los seguros de riesgos de trabajo y de enfermedades y maternidad y las correspondientes de los seguros de invalidez y vida, así como de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, en los términos de los</p>
--	--	--	---



			<p>capítulos respectivos;</p> <p>c) Para los sujetos a que se refiere la fracción IV del artículo 13 de esta Ley, las prestaciones del seguro de riesgos de trabajo, las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad y las correspondientes de los seguros de invalidez y vida, así como de retiro y vejez, en los términos de los capítulos respectivos;</p> <p>d) Para los sujetos a que se refiere la fracción V del artículo 13 de esta Ley, las prestaciones del seguro de riesgos de trabajo, las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad y las correspondientes de los seguros de invalidez y vida, así como de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, en los términos de los capítulos respectivos, y</p> <p>A solicitud de las entidades públicas, el esquema de aseguramiento podrá comprender únicamente las prestaciones en especie de los seguros conjuntos de riesgos de trabajo y enfermedades y maternidad, siempre y cuando dichas entidades tengan establecido un sistema de pensiones para sus trabajadores, y</p> <p>e) En caso de muerte del asegurado, se estará a lo dispuesto en el artículo 104 de esta Ley (art. 222).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Régimen voluntario</li> </ul> <p>Seguro de salud para la familia. Todas las familias en México tienen derecho a un seguro de salud para sus miembros y para ese efecto, podrán celebrar con el Instituto Mexicano del Seguro Social convenio para el otorgamiento de las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad, en los términos del reglamento respectivo (art. 240).</p>
	<b>OBLIGACIONES</b>	Ley del Seguro Social	<p>El trabajador, los beneficiarios del trabajador incapacitado o muerto, o las personas encargadas de representarlos, podrán denunciar inmediatamente al Instituto el accidente o la enfermedad de trabajo que haya sufrido. El aviso también podrá hacerse del conocimiento de la autoridad de trabajo correspondiente, la que, a su vez, dará traslado del mismo al Instituto (art. 51).</p> <p>Para tener derecho a las prestaciones del seguro de enfermedades y maternidad, el asegurado, el pensionado y los beneficiarios deberán sujetarse a las prescripciones y tratamientos médicos indicados por el Instituto.</p> <p>Para tener derecho a las prestaciones</p>

			<p>invalidez y vida se requiere del cumplimiento de períodos de espera, medidos en semanas de cotización reconocidas por el Instituto, según se señala en las disposiciones relativas a cada uno de los riesgos amparados (art. 113).</p> <p>Los asegurados que soliciten el otorgamiento de una pensión de invalidez y los inválidos que se encuentren disfrutándola, deberán sujetarse a las investigaciones de carácter médico, social y económico que el Instituto estime necesarias, para comprobar si existe o subsiste el estado de invalidez (art. 124).</p> <p>Son requisitos para que se otorguen a los beneficiarios las prestaciones contenidas en el artículo anterior, las siguientes:</p> <p>I. Que el asegurado al fallecer hubiese tenido reconocido el pago al Instituto de un mínimo de ciento cincuenta cotizaciones semanales, o bien que se encontrara disfrutando de una pensión de invalidez, y</p> <p>II. Que la muerte del asegurado o pensionado por invalidez no se deba a un riesgo de trabajo. (art. 128)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez</li> </ul> <p>El otorgamiento de las prestaciones contenidas en este capítulo requiere del cumplimiento de períodos de espera medidos en semanas de cotización reconocidas por el Instituto, conforme se señala en las disposiciones relativas a cada una de los ramos de aseguramiento amparados (art. 153).</p> <p>Para los efectos de esta Ley existe cesantía en edad avanzada cuando el asegurado quede privado de trabajos remunerados a partir de los sesenta años de edad (art. 154).</p> <p>Para tener derecho al goce de las prestaciones del seguro de vejez, se requiere que el asegurado haya cumplido sesenta y cinco años de edad y tenga reconocidas por el Instituto un mínimo de mil doscientas cincuenta cotizaciones semanales (art. 162).</p>
	<b>CAUSAS DE SUSPENSIÓN Y CANCELACIÓN DE LOS BENEFICIOS</b>	Ley del Seguro Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conservación de derechos</li> </ul> <p>El asegurado que quede privado de trabajo remunerado, pero que haya cubierto inmediatamente antes de tal privación un mínimo de ocho cotizaciones semanales ininterrumpidas, conservará durante las ocho semanas posteriores a la desocupación, el derecho a recibir, exclusivamente la asistencia médica y de maternidad, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que sea necesaria.</p>

		<p>Del mismo derecho disfrutarán sus beneficiarios.</p> <p>El Ejecutivo Federal podrá solicitar al Consejo Técnico que se amplíe el período de conservación de derechos a que se refiere el párrafo anterior, cuando a su juicio las condiciones económicas y laborales del país así lo requieran, y determinará las condiciones específicas en que operará la conservación de los derechos que al efecto correspondan, los requisitos necesarios para otorgarla y la vigencia que en cada caso se determine. En este supuesto el Gobierno Federal proveerá de manera oportuna y suficiente al Instituto de los recursos necesarios para financiar los costos adicionales que dicha medida represente. El Instituto al efecto deberá llevar registros contables por separado de su operación ordinaria.</p> <p>Para dichos propósitos, los recursos que el Gobierno Federal destine, deberán considerarse expresamente en el correspondiente Presupuesto de Egresos de la Federación.</p> <p>Los trabajadores que se encuentren en estado de huelga, recibirán las prestaciones médicas durante el tiempo que dure aquél (art. 109).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro de invalidez y vida</li> </ul> <p>El pago de la pensión de invalidez, en su caso, se suspenderá durante el tiempo en que el pensionado desempeñe un trabajo en un puesto igual a aquél que desarrollaba al declarase ésta (art. 114).</p> <p>Cuando cualquier pensionado traslade su domicilio al extranjero, podrá continuar recibiendo su pensión mientras dure su ausencia, conforme a lo dispuesto por convenio internacional, o que los gastos administrativos de traslado de los fondos corran por cuenta del pensionado.</p> <p>Esta disposición será aplicable a los seguros de riesgos de trabajo, invalidez y vida, y retiro, cesantía en edad avanzada y vejez (art. 117).</p> <p>No se tiene derecho a disfrutar de pensión de invalidez, cuando el asegurado:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. Por sí o de acuerdo con otra persona se haya provocado intencionalmente la invalidez;</li> <li>II. Resulte responsable del delito intencional que originó la invalidez, y</li> <li>III. Padezca un estado de invalidez anterior a su afiliación al régimen obligatorio (art. 123).</li> </ol>
--	--	---

		<p>Quando un pensionado por invalidez se niegue a someterse a los exámenes previos o posteriores y a los tratamientos médicos prescritos o abandone éstos, el Instituto ordenará la suspensión del pago de la pensión. Dicha suspensión subsistirá mientras el pensionado no cumpla con lo dispuesto en este artículo (art. 126).</p> <p>No se tendrá derecho a la pensión de viudez que establece el artículo anterior, en los siguientes casos:</p> <p>I. Cuando la muerte del asegurado acaeciera antes de cumplir seis meses de matrimonio;</p> <p>II. Cuando hubiese contraído matrimonio con el asegurado después de haber cumplido éste los cincuenta y cinco años de edad, a menos que a la fecha de la muerte haya transcurrido un año desde la celebración del enlace, y</p> <p>III. Cuando al contraer matrimonio el asegurado recibía una pensión de invalidez, vejez o cesantía en edad avanzada, a menos de que a la fecha de la muerte haya transcurrido un año desde la celebración del matrimonio.</p> <p>Las limitaciones que establece este Artículo no regirán cuando al morir el asegurado o pensionado la viuda compruebe haber tenido hijos con él (art. 132).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asignaciones familiares y ayuda asistencial</li> </ul> <p>Las asignaciones familiares cesarán con la muerte del familiar que la originó y, en el caso de los hijos, terminarán con la muerte de éstos o cuando cumplan los dieciséis años, o bien los veinticinco años, aplicándose en lo conducente lo dispuesto por el artículo 134 de esta Ley (art. 138).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conservación y reconocimiento de derechos</li> </ul> <p>Los asegurados que dejen de pertenecer al régimen obligatorio, conservarán los derechos que tuvieran adquiridos a pensiones en el seguro de invalidez y vida por un período igual a la cuarta parte del tiempo cubierto por sus cotizaciones semanales, contado a partir de la fecha de su baja (art. 150).</p> <p>Al asegurado que haya dejado de estar sujeto al régimen obligatorio y reingrese a éste, se le reconocerá el tiempo cubierto por sus cotizaciones anteriores [...] (art. 151).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro de retiro, cesantía en edad</li> </ul>
--	--	---

			<p>avanzada y vejez</p> <p>El pensionado que se encuentre disfrutando de una pensión de cesantía en edad avanzada, no tendrá derecho a una posterior de vejez o de invalidez (art. 160).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensión garantizada</li> </ul> <p>El Instituto suspenderá el pago de la pensión garantizada cuando el pensionado reingrese a un trabajo sujeto al régimen obligatorio.</p> <p>El pensionado por cesantía en edad avanzada o vejez que disfrute de una pensión garantizada no podrá recibir otra de igual naturaleza (art. 173).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuación voluntaria del régimen obligatorio</li> </ul> <p>La continuación voluntaria del régimen obligatorio termina por:</p> <p>I. Declaración expresa firmada por el asegurado;</p> <p>II. Dejar de pagar las cuotas durante dos meses, y</p> <p>III. Ser dado de alta nuevamente en el régimen obligatorio, en los términos del artículo 12 de esta Ley (art. 220).</p> <p>La conservación de derechos se rige por lo establecido en los capítulos relativos del régimen obligatorio (art. 221).</p> <p>La incorporación voluntaria al régimen obligatorio termina: Para los sujetos a que se refieren las fracciones I, III, IV y V del artículo 13 de esta Ley por:</p> <p>a) Declaración expresa firmada por el sujeto o grupo de asegurados, y</p> <p>b) No pagar la cuota; II. Para los sujetos a que se refiere la fracción II del artículo 13 de esta Ley, cuando se termine la relación laboral que le dio origen y se comunique esta circunstancia al Instituto (art. 231).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caducidad y prescripción</li> </ul> <p>El derecho de los asegurados o sus beneficiarios para reclamar el pago de las prestaciones en dinero, respecto a los seguros de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez y vida y guarderías y prestaciones sociales prescribe en un año de acuerdo con las reglas siguientes:</p>
--	--	--	---

			<p>I. Cualquier mensualidad de una pensión, asignación familiar o ayuda asistencial, así como el aguinaldo;</p> <p>II. Los subsidios por incapacidad para el trabajo por enfermedad no profesional y maternidad;</p> <p>III. La ayuda para gastos de funeral, y</p> <p>IV. Los finiquitos que establece la Ley.</p> <p>Los subsidios por incapacidad para trabajar derivada de un riesgo de trabajo, prescriben en dos años a partir del día en que se hubiera generado el derecho a su percepción (art. 300).</p> <p>Es inextinguible el derecho al otorgamiento de una pensión, ayuda asistencial o asignación familiar, siempre y cuando el asegurado satisfaga todos y cada uno de los requisitos establecidos en la presente Ley para gozar de las prestaciones correspondientes. En el supuesto de que antes de cumplir con los requisitos relativos a número de cotizaciones o edad se termine la relación laboral, el asegurado no habrá adquirido el derecho a recibir la pensión; sin perjuicio de lo anterior, para la conservación y reconocimiento de sus derechos se aplicará lo dispuesto en los artículos 150 o 151 de esta Ley, según sea el caso (art. 301).</p> <p>El derecho del trabajador o pensionado y, en su caso, sus beneficiarios a recibir los recursos de la subcuenta de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez prescribe en favor del Instituto a los diez años de que sean exigibles. Cualquier mensualidad de una pensión, asignación familiar o ayuda asistencial prescribirá en favor del Instituto en un año calendario (art. 302).</p>
<b>BENEFICIOS DE SERVICIOS DE SALUD Y MEDICAMENTOS</b>		Ley del Seguro Social	El Instituto elaborará los cuadros básicos de medicamentos que considere necesarios, sujetos a permanente actualización, a fin de que los productos en ellos comprendidos sean los de mayor eficacia terapéutica (art. 90).
<b>MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO</b>		Ley del Seguro Social	<p>1. Las bases de cotización y de las cuotas</p> <p>El salario base de cotización se integra con los pagos hechos en efectivo por cuota diaria, gratificaciones, percepciones, alimentación, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquiera otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por su trabajo. Hay algunos conceptos que se excluyen (art. 27).</p> <p>Los asegurados se inscribirán con el salario base de cotización que perciban en el momento de su afiliación, estableciéndose</p>

	<p>como límite superior el equivalente a veinticinco veces el salario mínimo general que rija en el Distrito Federal y como límite inferior el salario mínimo general del área geográfica respectiva (art. 28).</p> <p>La base de cotización para los sujetos obligados señalados en la fracción II del artículo 12 de esta Ley, se integrará por el total de las percepciones que reciban por la aportación de su trabajo personal, aplicándose en lo conducente lo establecido en los artículos 28, 29, 30, 32 y demás aplicables de esta Ley. (art. 28 A)</p> <p>Para determinar la forma de cotización se aplicarán las siguientes reglas:</p> <p>I. El mes natural será el período de pago de cuotas;</p> <p>II. Para fijar el salario diario en caso de que se pague por semana, quincena o mes, se dividirá la remuneración correspondiente entre siete, quince o treinta respectivamente. Análogo procedimiento será empleado cuando el salario se fije por períodos distintos a los señalados, y</p> <p>III. Si por la naturaleza o peculiaridades de las labores, el salario no se estipula por semana o por mes, sino por día trabajado y comprende menos días de los de una semana o el asegurado labora jornadas reducidas y su salario se determina por unidad de tiempo, en ningún caso se recibirán cuotas con base en un salario inferior al mínimo. (art. 29)</p> <p>Reglas sobre como se determina el salario base de cotización (art. 30).</p> <p>Reglas sobre los cambios en el salario base (arts. 31 a 35).</p> <p>Las cuotas obrero patronales se causan por mensualidades vencidas y el patrón está obligado a determinar sus importes... (art. 39).</p> <p>2. Seguro de riesgos del trabajo</p> <p>Las prestaciones del seguro de riesgos de trabajo, inclusive los capitales constitutivos de las rentas líquidas al fin de año y los gastos administrativos, serán cubiertos íntegramente por las cuotas que para este efecto aporten los patrones y demás sujetos obligados (art. 70).</p> <p>Las cuotas que por el seguro de riesgos de trabajo deban pagar los patrones, se determinarán en relación con la cuantía del salario base de cotización, y con los riesgos inherentes a la actividad de la negociación de</p>
--	---

	<p>que se trate, en los términos que establezca el reglamento relativo (art. 71).</p> <p>3. Seguro de enfermedades y maternidad</p> <p>Los recursos necesarios para cubrir las prestaciones en dinero, las prestaciones en especie y los gastos administrativos del seguro de enfermedades y maternidad, se obtendrán de las cuotas que están obligados a cubrir los patrones y los trabajadores o demás sujetos y de la contribución que corresponda al Estado (art. 105).</p> <p>Las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad, se financiarán en la forma siguiente:</p> <p>I. Por cada asegurado se pagará mensualmente una cuota diaria patronal equivalente al trece punto nueve por ciento de un salario mínimo general diario para el Distrito Federal;</p> <p>II. Para los asegurados cuyo salario base de cotización sea mayor a tres veces el salario mínimo general diario para el Distrito Federal; se cubrirá además de la cuota establecida en la fracción anterior, una cuota adicional patronal equivalente al seis por ciento y otra adicional obrera del dos por ciento, de la cantidad que resulte de la diferencia entre el salario base de cotización y tres veces el salario mínimo citado, y</p> <p>III. El Gobierno Federal cubrirá mensualmente una cuota diaria por cada asegurado, equivalente a trece punto nueve por ciento de un salario mínimo general para el Distrito Federal, a la fecha de entrada en vigor de esta Ley, la cantidad inicial que resulte se actualizará trimestralmente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor (art. 106).</p> <p>Las prestaciones en dinero del seguro de enfermedades y maternidad se financiarán con una cuota del uno por ciento sobre el salario base de cotización, que se pagará de la forma siguiente:</p> <p>.I. A los patrones les corresponderá pagar el setenta por ciento de dicha cuota;</p> <p>II. A los trabajadores les corresponderá pagar el veinticinco por ciento de la misma, y</p> <p>III. Al Gobierno Federal le corresponderá pagar el cinco por ciento restante (art. 107).</p> <p>4. Asignaciones familiares y ayuda asistencial</p> <p>Los pensionados por retiro, cesantía en edad</p>
--	---



	<p>avanzada y vejez recibirán, incluidas en la pensión que adquieran, las asignaciones familiares y las ayudas asistenciales que se establecen en esta sección, las cuales se financiarán con la cuota social que aporte el Estado en los términos de la fracción IV del artículo 168 de esta Ley para los trabajadores que reciban ésta, y con las aportaciones patronales y del Estado a la Subcuenta de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez para los trabajadores que no reciban cuota social en sus cuentas individuales (art. 139).</p> <p>Los recursos necesarios para financiar las prestaciones y los gastos administrativos del seguro de invalidez y vida, así como la constitución de las reservas técnicas, se obtendrán de las cuotas que están obligados a cubrir los patrones, los trabajadores y demás sujetos obligados, así como de la contribución que corresponda al Estado (art. 146).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Régimen financiero</li> </ul> <p>Los patrones y el Gobierno Federal, en la parte que les corresponde están obligados a enterar al Instituto el importe de las cuotas obrero patronales y la aportación estatal del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez. Dichas cuotas se recibirán y se depositarán en las respectivas subcuentas de la cuenta individual de cada trabajador, en los términos previstos en la Ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro (art. 167).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensión garantizada</li> </ul> <p>Pensión garantizada es aquella que el Estado asegura a quienes reúnan los requisitos señalados en los artículos 154 y 162 de esta Ley y su monto mensual será el equivalente a un salario mínimo general para el Distrito Federal, en el momento en que entre en vigor esta Ley, cantidad que se actualizará anualmente, en el mes de febrero, conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor, para garantizar el poder adquisitivo de dicha pensión (art. 170).</p> <p>El Gobierno Federal con recursos propios complementarios a los de la cuenta individual correspondiente, cubrirá la pensión garantizada, por conducto del Instituto (art. 172).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro de guarderías y prestaciones sociales</li> </ul> <p>El monto de la prima para este seguro será del uno por ciento sobre el salario base de cotización. Para prestaciones sociales solamente se podrá destinar hasta el veinte</p>
--	--

		<p>por ciento de dicho monto (art. 211).</p> <p>Los patrones cubrirán íntegramente la prima para el financiamiento de las prestaciones de este capítulo, esto independientemente que tengan o no trabajadores de los señalados en el artículo 201 a su servicio (art. 212).</p> <p>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 (art. 213).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestaciones de solidaridad social</li> </ul> <p>Las prestaciones de solidaridad social serán financiadas por la Federación y por los propios beneficiados.</p> <p>Los beneficiados por estos servicios contribuirán con aportaciones en efectivo o con la realización de trabajos personales de beneficio para las comunidades en que habiten y que propicien que alcancen el nivel de desarrollo económico necesario para llegar a ser sujetos de aseguramiento en los términos de esta Ley (art. 217).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Régimen voluntario:</li> </ul> <p>Los seguros de salud para la familia se organizarán en sección especial, con contabilidad y administración de fondos separadas de la correspondiente a los seguros obligatorios, en las cifras consolidadas (art. 244).</p> <p>El Instituto elaborará un informe financiero y actuarial de los seguros de salud para la familia, en los términos y plazos fijados para la formulación del correspondiente a los seguros obligatorios (art. 245).</p> <p>La prima, cuota, períodos de pago y demás modalidades en la contratación de los seguros adicionales, serán convenidos por el Instituto con base en las características de los riesgos y de las prestaciones protegidas, así como en las valuaciones actuariales de los contratos correspondientes (art. 248).</p> <p>Los seguros adicionales se organizarán en sección especial, con contabilidad y administración de fondos separada de la correspondiente a los seguros obligatorios (art. 250).</p> <p>Otros seguros</p>
--	--	---

		<p>Para los efectos del artículo anterior, el Gobierno Federal deberá otorgar al Instituto los subsidios y transferencias que correspondan al importe de las primas relativas a tales seguros y otras coberturas. (art. 250 A).</p>
<p><b>AFILIACIÓN E INTEGRACIÓN DEL PADRÓN</b></p>	<p>Ley del Seguro Social</p>	<p>Los sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio pueden ser aquellas personas que determine el Ejecutivo Federal a través del Decreto respectivo, bajo los términos y condiciones que señala esta Ley y los reglamentos correspondientes. (art. 12 F. III LSS)</p> <p>Voluntariamente pueden ser sujetos de aseguramiento al régimen obligatorio Los trabajadores al servicio de las administraciones públicas de la Federación, entidades federativas y municipios que estén excluidas o no comprendidas en otras leyes o decretos como sujetos de seguridad social.</p> <p>Mediante convenio con el Instituto se establecerán las modalidades y fechas de incorporación al régimen obligatorio, de los sujetos de aseguramiento comprendidos en este artículo.</p> <p>Dichos convenios deberán sujetarse al reglamento que al efecto expida el Ejecutivo Federal. (art. 13 F. V LSS)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuación voluntaria en el régimen obligatorio</li> </ul> <p>El asegurado con un mínimo de cincuenta y dos cotizaciones semanales acreditadas en el régimen obligatorio, en los últimos cinco años, al ser dado de baja, tiene el derecho a continuar voluntariamente en el mismo, pudiendo continuar en los seguros conjuntos de invalidez y vida así como de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, debiendo quedar inscrito con el último salario o superior al que tenía en el momento de la baja. El asegurado cubrirá las cuotas que le correspondan por mensualidad adelantada [...] (art. 218).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporación voluntaria en el régimen obligatorio</li> </ul> <p>Se realizará por convenio de manera individual o colectiva (art. 222).</p> <p>Para la incorporación de personas que presten servicios a dependencias o entidades de la Administración Pública Federal, deberá contarse con la previa conformidad de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.</p> <p>En el caso de dependencias o entidades de</p>

			<p>las administraciones públicas estatales o municipales, se deberá contar con la autorización del congreso local o del cabildo correspondientes, cuando para el cumplimiento de sus obligaciones con el Instituto, se otorguen como garantía sus participaciones en la recaudación federal que correspondan al estado o municipio de que se trate. (art. 232)</p> <p>El IMSS tiene las facultades y atribuciones siguientes:</p> <p>[...]</p> <p>X. Registrar a los patrones y demás sujetos obligados, inscribir a los trabajadores asalariados y precisar su base de cotización aun sin previa gestión de los interesados y a los trabajadores independientes a su solicitud, sin que ello libere a los obligados de las responsabilidades y sanciones por infracciones en que hubiesen incurrido;</p> <p>[...]</p> <p>XI. Dar de baja del régimen obligatorio a los patrones, sujetos obligados y asegurados, verificada por el Instituto la desaparición o inexistencia del supuesto de hecho que dio origen a su aseguramiento, aun cuando el patrón o sujetos obligados hubiesen omitido presentar el aviso de baja respectivo, sin perjuicio de las sanciones previstas en esta Ley; (art. 251).</p>
<b>FACULTADES</b>	<b>NORMATIVAS</b>	Ley del Seguro Social	<p>La realización de la seguridad social está a cargo de entidades o dependencias públicas, federales o locales y de organismos descentralizados, conforme a lo dispuesto por esta Ley y demás ordenamientos legales sobre la materia. (art. 3º LSS)</p> <p>El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene las facultades y atribuciones siguientes: (art. 251)</p> <p>VIII. Expedir lineamientos de observancia general para la aplicación para efectos administrativos de esta Ley;</p>
	<b>COORDINACIÓN Y ORGANIZACIÓN</b>	Ley del Seguro Social	<p>La organización y administración del Seguro Social, en los términos consignados en esta Ley, están a cargo del organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, de integración operativa tripartita, en razón de que a la misma concurren los sectores público, social y privado, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual tiene también el carácter de organismo fiscal autónomo (art. 5).</p>

		<p>El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene las facultades y atribuciones siguientes: (art. 251).</p> <p>I. Administrar los seguros de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez y vida, guarderías y prestaciones sociales, salud para la familia, adicionales y otros, así como prestar los servicios de beneficio colectivo que señala esta Ley;</p> <p>II. Satisfacer las prestaciones que se establecen en esta Ley;</p> <p>VI. Establecer unidades médicas, guarderías infantiles, farmacias, velatorios, así como centros de capacitación, deportivos, culturales, vacacionales, de seguridad social para el bienestar familiar y demás establecimientos para el cumplimiento de los fines que le son propios, sin sujetarse a las condiciones salvo las sanitarias, que fijen las leyes y reglamentos respectivos para empresas privadas, con actividades similares;</p> <p>VII. Organizar sus unidades administrativas, conforme a la estructura orgánica autorizada;</p> <p>XX. Establecer coordinación con las dependencias y entidades de las Administraciones Públicas Federal, Estatales y Municipales, para el cumplimiento de sus objetivos;</p> <p>XXIII. Celebrar convenios de coordinación con la Federación, entidades federativas, municipios y sus respectivas administraciones públicas, así como de colaboración con el sector social y privado, para el intercambio de información relacionada con el cumplimiento de sus objetivos, en los términos previstos en esta Ley;</p> <p>XXVI. Emitir y notificar por el personal del Instituto, las cédulas de determinación de las cuotas del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, conjuntamente con las liquidaciones de las aportaciones y descuentos correspondientes al fondo nacional de la vivienda, previo convenio de coordinación con el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, en dispositivos magnéticos, digitales, electrónicos o de cualquier otra naturaleza, o bien en documento impreso;</p> <p>XXIX. Autorizar el registro a los contadores públicos, para dictaminar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en esta Ley y comprobar que cumplan con los requisitos exigidos al efecto en el reglamento respectivo;</p> <p>XXX. Aprobar las normas y bases para</p>
--	--	---

			<p>cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Instituto, cuando fuere notoria la imposibilidad práctica de su cobro o la incosteabilidad del mismo. La cancelación de estos créditos no libera al deudor de su obligación de pago;</p> <p>XXXI. Celebrar convenios con entidades o instituciones extranjeras para la asistencia técnica, intercambio de información relacionada con el cumplimiento de sus objetivos y la atención de derechohabientes, bajo el principio de reciprocidad, con las restricciones pactadas en los convenios que al efecto se suscriban, los cuales invariablemente tendrán una cláusula de confidencialidad y no difusión;</p> <p>XXXII. Celebrar convenios de cooperación e intercambio en materia de medicina preventiva, atención médica, manejo y atención hospitalaria y rehabilitación de cualquier nivel con otras instituciones de seguridad social o de salud de los sectores públicos federal, estatal o municipal o del sector social;</p> <p>XXXIII. Celebrar convenios de reconocimiento de adeudos y facilidades de pago, relativos a cuotas obrero patronales, capitales constitutivos, actualización, recargos y multas; aprobar el cambio de garantía de dichos convenios, y la cancelación, de conformidad con las disposiciones aplicables, de créditos fiscales a favor del Instituto y a cargo de patrones no localizados o insolventes de acuerdo a los montos autorizados por el Consejo Técnico del Instituto;</p>
	<b>EVALUACIÓN, SUPERVISIÓN Y CONTROL</b>	Ley del Seguro Social	<p>El trabajador podrá notificar el incumplimiento de las obligaciones a cargo de los patrones, establecidas en este capítulo, al Instituto, directamente a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público o a través de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro.</p> <p>El Instituto o la Secretaría de Hacienda y Crédito Público tendrán, indistintamente, la facultad de practicar inspecciones domiciliarias y, en su caso, determinar créditos y las bases de su liquidación, así como la actualización y recargos que se generen en los términos de los artículos 15 fracción V, 251 fracciones XIV y XVIII, y demás relativos de esta Ley (art. 185).</p> <p>La inspección y vigilancia de las Administradoras de Fondos para el Retiro y de las Sociedades de inversión especializadas de fondos para el retiro será realizada por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro</p>

			<p>para el Retiro (art. 188).</p> <p>El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene las facultades y atribuciones siguientes: (art. 251)</p> <p>[...]</p> <p>XV. Determinar la existencia, contenido y alcance de las obligaciones incumplidas por los patrones y demás sujetos obligados en los términos de esta Ley, aplicando en su caso, los datos con los que cuente o con apoyo en los hechos que conozca con motivo del ejercicio de las facultades de comprobación de que goza como autoridad fiscal o bien, a través de los expedientes o documentos proporcionados por otras autoridades fiscales;</p> <p>XIX. Ordenar y practicar las investigaciones correspondientes en los casos de sustitución patronal y de responsabilidad solidaria previstos en esta Ley y en el Código, y emitir los dictámenes respectivos;</p> <p>XXI. Revisar los dictámenes formulados por contadores públicos sobre el cumplimiento de las disposiciones contenidas en esta Ley y sus reglamentos, así como imponer a dichos contadores públicos, en su caso, las sanciones administrativas establecidas en el reglamento respectivo;</p>
	<b>CAPACITACIÓN</b>		<p>El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene las facultades y atribuciones siguientes (art. 251):</p> <p>IX. Difundir conocimientos y prácticas de previsión y seguridad social;</p> <p>XXIV. Promover y propiciar la realización de investigación en salud y seguridad social, utilizándola como una herramienta para la generación de nuevos conocimientos, para la mejoría de la calidad de la atención que se otorga y para la formación y capacitación del personal;</p> <p>[...]</p>
	<b>PROGRAMACIÓN DE RECURSOS</b>	Ley del Seguro Social	<p>El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene las facultades y atribuciones siguientes (art. 251):</p> <p>XIII. Establecer los procedimientos para la inscripción, cobro de cuotas y otorgamiento de prestaciones;</p> <p>XIV. Determinar los créditos a favor del</p>

			<p>Instituto y las bases para la liquidación de cuotas y recargos, así como sus accesorios y fijarlos en cantidad líquida, cobrarlos y percibirlos, de conformidad con la presente Ley y demás disposiciones aplicables. Las liquidaciones de las cuotas del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez podrán ser emitidas y notificadas conjuntamente con las liquidaciones de las aportaciones y descuentos correspondientes al Fondo Nacional de la Vivienda por el personal del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, previo convenio de coordinación con el citado Instituto;</p> <p>XVI. Ratificar o rectificar la clase y la prima de riesgo de las empresas para efectos de la cobertura de las cuotas del seguro de riesgos de trabajo;</p> <p>XXVIII. Rectificar los errores aritméticos, omisiones u otros que aparezcan en las solicitudes, avisos o cédulas de determinación presentados por los patrones, para lo cual podrá requerirles la presentación de la documentación que proceda. Asimismo, el Instituto podrá requerir a los patrones, responsables solidarios o terceros con ellos relacionados, sin que medie visita domiciliaria, para que exhiban en las oficinas del propio Instituto, a efecto de llevar a cabo su revisión, la contabilidad, así como que proporcionen los datos, otros documentos o informes que se les requieran;</p>
	<b>ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS</b>	Ley del Seguro Social	<p>La individualización y administración de los recursos de las cuentas individuales para el retiro estará a cargo de las Administradoras de Fondos para el Retiro.</p> <p>Las Administradoras de Fondos para el Retiro deberán contar, para su constitución y funcionamiento, con autorización de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, sujetándose en cuanto a su contabilidad, información, sistemas de comercialización y publicidad a los términos de la Ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.</p> <p>En todo caso, dicha Ley dispondrá los requisitos de constitución, entre los que se incluirán las disposiciones relativas a impedir el conflicto de intereses sobre el manejo de los fondos respecto de la participación de las asociaciones gremiales del sector productivo y de las entidades financieras (art. 175).</p> <p>Las Administradoras de Fondos para el Retiro, operarán las Sociedades de inversión especializadas de fondos para el retiro, éstas</p>



			<p>serán las responsables de la inversión de los recursos de las cuentas individuales de los trabajadores.</p> <p>Las Sociedades de inversión especializadas de fondos para el retiro se sujetarán para su constitución, organización, funcionamiento, régimen de inversión, tipos de valores, publicidad, sistemas de comercialización y contabilidad, a lo establecido por la Ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro (art. 188).</p> <p>El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene las facultades y atribuciones siguientes (art. 251):</p> <p>[...]</p> <p>III. Invertir sus fondos de acuerdo con las disposiciones de esta Ley;</p> <p>IV. En general, realizar toda clase de actos jurídicos necesarios para cumplir con sus fines, así como aquéllos que fueren necesarios para la administración de las finanzas institucionales;</p> <p>XII. Recaudar y cobrar las cuotas de los seguros de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez y vida, guarderías y prestaciones sociales, salud para la familia y adicionales, los capitales constitutivos, así como sus accesorios legales, percibir los demás recursos del Instituto, y llevar a cabo programas de regularización de pago de cuotas. De igual forma, recaudar y cobrar las cuotas y sus accesorios legales del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez;</p> <p>En materia de recaudación y administración de las contribuciones que conforme a esta Ley le corresponden, que de conformidad con lo dispuesto por el artículo 2o., fracción II y penúltimo párrafo, del Código, tienen la naturaleza de aportaciones de seguridad social, el Instituto recaudará, administrará y, en su caso, determinará y liquidará, las cuotas correspondientes a los seguros establecidos en esta Ley, aplicando al efecto lo dispuesto en la misma y en lo no previsto expresamente en ella, el Código, contando respecto de ambas disposiciones con todas las facultades que ese Código confiere a las autoridades fiscales en él previstas, las que serán ejercidas de manera ejecutiva por el Instituto, sin la participación de ninguna otra autoridad fiscal (art. 271).</p>
	<p><b>EJECUCIÓN DE RECURSOS</b></p>	<p>Ley del Seguro Social</p>	<p>El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene las facultades y atribuciones siguientes (art. 251):</p> <p>V. Adquirir bienes muebles e inmuebles, para</p>

			<p>los fines que le son propios;</p> <p>XVII. Determinar y hacer efectivo el monto de los capitales constitutivos en los términos de esta Ley;</p> <p>XXII. Realizar inversiones en sociedades y empresas que tengan objeto social complementario o afín al del propio Instituto;</p> <p>XXV. Aplicar el procedimiento administrativo de ejecución para el cobro de las liquidaciones que no hubiesen sido cubiertas oportunamente, con sujeción a las normas del Código y demás disposiciones aplicables;</p> <p>XXVII. Hacer efectivas las fianzas que se otorguen en su favor para garantizar obligaciones fiscales a cargo de terceros, caso en que se estará exclusivamente a lo dispuesto por el Código;</p>
	<b>TUTELA DE LOS BENEFICIARIOS</b>	Ley del Seguro Social	<p>El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene las facultades y atribuciones siguientes (art. 251):</p> <p>[...]</p> <p>XXXIV. Tramitar y, en su caso, resolver el recurso de inconformidad a que se refiere el artículo 294 de esta Ley, así como los recursos previstos en el Código, respecto al procedimiento administrativo de ejecución;</p> <p>XXXV. Declarar la prescripción de la obligación patronal de enterar las cuotas obrero patronales y los capitales constitutivos, cuando lo soliciten los patrones y demás sujetos obligados, en los términos del Código;</p> <p>XXXVI. Prestar servicios a quienes no sean sus derechohabientes, a título oneroso, a efecto de utilizar de manera eficiente su capacidad instalada y coadyuvar al financiamiento de su operación y mantenimiento, siempre que ello no represente menoscabo en la calidad y calidez del servicio que debe prestar a sus derechohabientes, y</p> <p>XXXVII. Las demás que le otorguen esta Ley, sus reglamentos y cualesquiera otra disposición aplicable.</p>
<b>PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>SUJETOS</b>	Ley del Seguro Social	<p>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 (art. 80).</p> <p>El Instituto se coordinará con la Secretaría del</p>

		<p>Trabajo y Previsión Social, con las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, de las entidades federativas y concertará, en igual forma, con la representación de las organizaciones de los sectores social y privado, con el objeto de realizar programas para la prevención de los accidentes y las enfermedades de trabajo (art. 81).</p> <p>El Instituto podrá determinar la hospitalización del asegurado, del pensionado o de los beneficiarios, cuando así lo exija la enfermedad, particularmente tratándose de padecimientos contagiosos (art. 87).</p> <p>El Instituto prestará los servicios que tiene encomendados, en cualquiera de las siguientes formas:</p> <p>I. Directamente, a través de su propio personal e instalaciones;</p> <p>II. Indirectamente, en virtud de convenios con otros organismos públicos o particulares, para que se encarguen de impartir los servicios del ramo de enfermedades y maternidad y proporcionar las prestaciones en especie y subsidios del ramo de riesgos de trabajo, 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;</p> <p>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 una parte de la cuota patronal y obrera 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 reembolsos. Estos convenios no podrán celebrarse sin la previa anuencia de los trabajadores o de su organización representativa, y</p> <p>IV. Mediante convenios de cooperación y colaboración con instituciones y organismos de salud de los sectores públicos federal, estatal y municipal, en términos que permitan el óptimo aprovechamiento de la capacidad instalada de todas las instituciones y organismos. De igual forma, el Instituto podrá dar servicio en sus instalaciones a la población atendida por dichas instituciones y organismos, de acuerdo a su disponibilidad y sin perjuicio de su capacidad financiera.</p> <p>En todo caso, las personas, empresas o</p>
--	--	---

		<p>entidades a que se refiere este artículo, estarán obligadas a proporcionar al Instituto los informes y estadísticas médicas o administrativas que éste les exigiere y a sujetarse 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 (art. 89).</p> <p>Con el propósito de proteger la salud y prevenir las enfermedades y la discapacidad, los servicios de medicina preventiva del Instituto llevarán a cabo programas de difusión para la salud, prevención y rehabilitación de la discapacidad, estudios epidemiológicos, producción de inmunobiológicos, inmunizaciones, campañas sanitarias y otros programas especiales enfocados a resolver problemas médico-sociales (art. 110).</p> <p>El Instituto se coordinará con la Secretaría de Salud y con otras dependencias y organismos públicos, con objeto de realizar las campañas y programas a que se refiere el artículo anterior (art. 111).</p> <p>El Instituto organizará, establecerá y operará unidades médicas destinadas a los servicios de solidaridad social, los que serán proporcionados exclusivamente en favor de los núcleos de población que por el propio estadio de desarrollo del país, constituyan polos de profunda marginación rural, suburbana y urbana, y que el Poder Ejecutivo Federal determine como sujetos de solidaridad social.</p> <p>Queda facultado el Instituto para dictar las bases e instructivos a que se sujetarán estos servicios, pero, en todo caso, se coordinará con la Secretaría de Salud y demás instituciones de salud y seguridad social (art. 215).</p> <p>El Instituto proporcionará el apoyo necesario a los servicios de solidaridad social que esta Ley le atribuye, sin perjuicio del eficaz otorgamiento de las prestaciones a que tienen derecho los trabajadores y demás beneficiarios del régimen obligatorio (art. 216).</p> <p>En aquellos lugares donde el Instituto no cuente con instalaciones, a juicio del propio Instituto, para prestar los servicios de salud que tiene encomendados, éste podrá celebrar convenios con los patrones del campo, para que éstos otorguen a sus trabajadores las prestaciones en especie correspondientes al Seguro de Enfermedades y Maternidad a que se refiere la Sección Segunda, Capítulo IV, del Título Segundo de esta Ley, relativas a servicios médicos y hospitalarios, pudiendo convenirse en la reversión de una parte de la</p>
--	--	--

		<p>cuota obrero patronal en proporción a la naturaleza y cuantía de los servicios otorgados, a través de un esquema programado de reembolsos, en los términos que establezcan las reglas de carácter general que para tal efecto expida el Consejo Técnico.</p> <p>Asimismo, en aquellos lugares donde el Instituto no cuente con instalaciones, a juicio del propio Instituto, para prestar los servicios de guardería que tiene encomendados, éste podrá celebrar convenios con los patrones del campo y organizaciones de trabajadores eventuales del campo para la subrogación de los servicios que contempla el Ramo de Guarderías a que se refiere la Sección Primera, Capítulo VII, del Título Segundo, de esta Ley, en los términos que establezcan las reglas de carácter general que para tal efecto expida el Consejo Técnico (art. 237-A).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguros adicionales</li> </ul> <p>El Instituto podrá contratar seguros adicionales para satisfacer las prestaciones económicas pactadas en los contratos Ley o en los contratos colectivos de trabajo que fueran superiores a las de la misma naturaleza que establece el régimen obligatorio del Seguro Social (art. 246).</p> <p>Las condiciones superiores de las prestaciones pactadas sobre las cuales pueden versar los convenios, son: aumentos de las cuantías; disminución de la edad mínima para su disfrute; modificación del salario promedio base del cálculo y en general todas aquellas que se traduzcan en coberturas y prestaciones superiores a las legales o en mejores condiciones de disfrute de las mismas.</p> <p>Las prestaciones económicas a que se refiere el presente artículo corresponderán a los ramos de los seguros de riesgo de trabajo y de invalidez y vida así como retiro, cesantía en edad avanzada y vejez (art. 247).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros seguros</li> </ul> <p>El Instituto previo acuerdo de su Consejo Técnico, podrá otorgar coberturas de seguros de vida y otras, exclusivamente a favor de las personas, grupos o núcleos de población de menores ingresos, que determine el Gobierno Federal, como sujetos de solidaridad social con las sumas aseguradas, y condiciones que este último establezca.</p> <p>Asimismo, el Instituto previo acuerdo de su Consejo Técnico, podrá utilizar su infraestructura y servicios, a requerimiento del Gobierno Federal, en apoyo de programas de</p>
--	--	--

			combate a la marginación y la pobreza considerados en el Presupuesto de Egresos de la Federación. Para efectos de este artículo, el Gobierno Federal proveerá oportunamente al Instituto los recursos financieros necesarios con cargo al programa y partida correspondientes para solventar los servicios que le encomiende (art. 250 A).
	<b>MECANISMOS DE ACREDITACIÓN</b>		
<b>MARCO CONVENCIONAL</b>	Ley del Seguro Social	<p>El Instituto podrá celebrar convenios de colaboración con los sectores social o privado para el intercambio de información estadística, relacionada con el cumplimiento de sus objetivos, siempre que sea confidencial la información y no se den a conocer en forma nominativa e individual y con las restricciones que se establezcan en el propio convenio (art. 22).</p> <p>El Instituto podrá prestar los servicios que tiene encomendados de forma indirecta, en virtud de convenios con otros organismos públicos o particulares, para que se encarguen de impartir los servicios del ramo de enfermedades y maternidad y proporcionar las prestaciones en especie y subsidios del ramo de riesgos de trabajo, 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 (art. 89, fracc. II).</p> <p>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 una parte de la cuota patronal y obrera 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 reembolsos. Estos convenios no podrán celebrarse sin la previa anuencia de los trabajadores o de su organización representativa. (art. 89, fracc. III).</p> <p>Mediante convenios de cooperación y colaboración con instituciones y organismos de salud de los sectores público federal, estatal y municipal, en términos que permitan el óptimo aprovechamiento de la capacidad instalada de todas las instituciones y organismos. De igual forma, el Instituto podrá dar servicio en sus instalaciones a la población atendida por dichas instituciones y organismos, de acuerdo a su disponibilidad y sin perjuicio de su capacidad financiera. (art. 89, fracc. IV).</p>	

		<p>El IMSS tiene las facultades y atribuciones siguientes:</p> <p>XXIII. Celebrar convenios de coordinación con la Federación, entidades federativas, municipios y sus respectivas administraciones públicas, así como de colaboración con el sector social y privado, para el intercambio de información relacionada con el cumplimiento de sus objetivos, en los términos previstos en esta Ley .</p> <p>XXXI. Celebrar convenios con entidades o instituciones extranjeras para la asistencia técnica, intercambio de información relacionada con el cumplimiento de sus objetivos y la atención de derechohabientes, bajo el principio de reciprocidad, con las restricciones pactadas en los convenios que al efecto se suscriban, las cuales invariablemente tendrán una cláusula de confidencialidad y no difusión. (art. 251).</p>
--	--	--

## 2. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

CONCEPTO	INSTRUMENTO NORMATIVO	CONTENIDO
FUNDAMENTO CONSTITUCIONAL	CPEUM	<p>El Congreso de la Unión, sin contravenir a las bases siguientes deberá expedir leyes sobre el trabajo, las cuales regirán:</p> <p>B. Entre los Poderes de la Unión, el Gobierno del Distrito Federal y sus trabajadores:</p> <p>[...]</p> <p>XI. La seguridad social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas:</p> <p>[...]</p> <p>c) Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; [...] (art. 123, B).</p> <p>Las facultades que no están expresamente concedidas por esta Constitución a los funcionarios federales, se entienden reservadas a los Estados (art. 124).</p>
OBJETIVOS	Ley del ISSSTE	La seguridad social de los Trabajadores comprende:

		<p>I. El régimen obligatorio, y</p> <p>II. El régimen voluntario (art. 2o).</p>
	<p>Ley del ISSSTE</p> <p>(Régimen obligatorio)</p>	<p>Se establecen con carácter obligatorio los siguientes seguros:</p> <p>I. De salud, que comprende:</p> <p>a) Atención médica preventiva;</p> <p>b) Atención médica curativa y de maternidad, y</p> <p>c) Rehabilitación física y mental;</p> <p>II. De riesgos del trabajo;</p> <p>III. De retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y</p> <p>IV. De invalidez y vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro de salud</li> </ul> <p>El Instituto establecerá un seguro de salud que tiene por objeto proteger, promover y restaurar la salud de sus Derechohabientes, otorgando servicios de salud con calidad, oportunidad y equidad. El seguro de salud incluye los componentes de atención médica preventiva, atención médica curativa y de maternidad y rehabilitación física y mental (art. 27).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención Médica Preventiva</li> </ul> <p>El Instituto proporcionará servicios de atención médica preventiva tendientes a proteger la salud de los Derechohabientes (art. 33).</p> <p>La atención médica preventiva, conforme a los programas que autorice el Instituto sobre la materia, atenderá:</p> <p>I. El control de enfermedades prevenibles por vacunación;</p> <p>II. El control de enfermedades transmisibles;</p> <p>III. Los programas de autocuidado y de detección oportuna de padecimientos;</p> <p>IV. Educación para la salud;</p> <p>V. Programas de combate a la drogadicción, el alcoholismo y el tabaquismo;</p>



	<p>VI. Salud reproductiva y planificación familiar;</p> <p>VII. Atención materno infantil;</p> <p>VIII. Salud bucal;</p> <p>IX. Educación nutricional;</p> <p>X. Salud mental;</p> <p>XI. Atención primaria a la salud;</p> <p>XII. Envejecimiento saludable;</p> <p>XIII. Prevención y rehabilitación de pacientes con capacidades disminuidas, y</p> <p>XIV. Las demás actividades que determine como tales la Junta Directiva de acuerdo con las posibilidades financieras del seguro de salud (art. 34).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención Médica Curativa y de Maternidad y Rehabilitación Física y Mental</li> </ul> <p>La atención médica curativa y de maternidad, así como la de rehabilitación tendiente a corregir la invalidez física y mental, comprenderá los siguientes servicios:</p> <p>I. Medicina familiar;</p> <p>II. Medicina de especialidades;</p> <p>III. Gerontológico y geriátrico;</p> <p>IV. Traumatología y urgencias;</p> <p>V. Oncológico;</p> <p>VI. Quirúrgico, y</p> <p>VII. Extensión hospitalaria (art. 35).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro de riesgos del trabajo</li> </ul> <p>Para los efectos de esta Ley, serán reputados como riesgos del trabajo los accidentes y enfermedades a que están expuestos los Trabajadores en el ejercicio o con motivo del trabajo.</p> <p>Se considerarán accidentes del trabajo, toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte producida repentinamente en el ejercicio o con motivo del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se preste, así como aquéllos que ocurran al Trabajador al trasladarse directamente de su domicilio o de la estancia</p>
--	---

		<p>de bienestar infantil de sus hijos, al lugar en que desempeñe su trabajo o viceversa (art. 56).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez</li> </ul> <p>Existe cesantía en edad avanzada cuando el Trabajador quede privado de trabajo a partir de los sesenta años de edad (art. 84).</p> <p>Pensión Garantizada es aquella que el Estado asegura a quienes reúnan los requisitos señalados para obtener una Pensión por cesantía en edad avanzada o vejez y su monto mensual será la cantidad de tres mil treinta y cuatro pesos con veinte centavos, moneda nacional, misma que se actualizará anualmente, en el mes de febrero, conforme al cambio anualizado del Índice Nacional de Precios al Consumidor (art. 92).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro de invalidez y vida</li> </ul> <p>Los riesgos protegidos en este Capítulo son la invalidez y la muerte del Trabajador o del Pensionado por invalidez, en los términos y con las modalidades previstas en esta Ley (art. 114).</p> <p>La muerte del Trabajador por causas ajenas al servicio, cualquiera que sea su edad, y siempre que hubiere cotizado al Instituto por tres años o más, dará origen a las Pensiones de viudez, concubinato, orfandad o ascendencia en su caso, según lo prevenido por esta Ley (art. 129).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema Integral de crédito</li> </ul> <p>Está compuesto por préstamos personales e hipotecarios (art. 157).</p> <p>Crédito para vivienda (art. 167).</p> <p>Servicios sociales y culturales (art 195 a 198).</p>
	<p>Régimen voluntario</p>	<p>El Trabajador que deje de prestar sus servicios en alguna Dependencia o Entidad y no tenga la calidad de Pensionado, podrá solicitar la continuación voluntaria en todos o alguno de los seguros del régimen obligatorio, con excepción del seguro de riesgos del trabajo y, al efecto, cubrirá íntegramente las Cuotas y Aportaciones que correspondan conforme a lo dispuesto por el régimen financiero de los seguros en que desee continuar voluntariamente. Las Cuotas y Aportaciones se ajustarán anualmente de acuerdo con los cambios relativos que sufra el Sueldo Básico en la categoría que tenía el</p>

			<p>interesado en el puesto que hubiere ocupado en su último empleo.</p> <p>Para el caso del seguro de salud se requerirá que el Trabajador acredite haber laborado, cuando menos, cinco años en alguna Dependencia o Entidad incorporada al Instituto (art. 200).</p>
<b>BENEFICIARIOS</b>	<b>SUJETOS</b>	Ley del ISSSTE	<p>La presente Ley es de orden público, de interés social y de observancia en toda la República, y se aplicará a las Dependencias, Entidades, Trabajadores al servicio civil, Pensionados y Familiares Derechohabientes<sup>1</sup>, de:</p> <p>I. La Presidencia de la República, las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal, incluyendo al propio Instituto;</p> <p>II. Ambas cámaras del Congreso de la Unión, incluidos los diputados y senadores, así como los Trabajadores de la Entidad de Fiscalización Superior de la Federación;</p> <p>III. El Poder Judicial de la Federación, incluyendo a los ministros de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, magistrados y jueces, así como consejeros del Consejo de la Judicatura Federal;</p> <p>IV. La Procuraduría General de la República;</p> <p>V. Los órganos jurisdiccionales autónomos;</p> <p>VI. Los órganos con autonomía por disposición constitucional;</p> <p>VII. El Gobierno del Distrito Federal, sus órganos político administrativos, sus órganos autónomos, sus Dependencias y Entidades, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, incluyendo sus diputados, y el órgano judicial del Distrito Federal, incluyendo magistrados, jueces y miembros del Consejo de la Judicatura del Distrito Federal, conforme a su normatividad específica y con base en los convenios que celebren con el Instituto, y</p> <p>VIII. Los gobiernos de las demás Entidades Federativas de la República, los poderes legislativos y judiciales locales, las administraciones públicas municipales, y sus Trabajadores, en aquellos casos en que celebren convenios con el Instituto en los términos de esta Ley (art. 1o).</p>

<sup>1</sup> Se entiende por familiares derechohabientes a: el cónyuge, concubina o concubino, los hijos del trabajador, los ascendientes que dependan económicamente del trabajador (art. 6 de la Ley del ISSSTE).

	<b>CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD</b>	Ley del ISSSTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Régimen Obligatorio</li> </ul> <p>Se considera trabajador a las personas a las que se refiere el artículo 1o. de esta Ley que presten sus servicios en las Dependencias o Entidades, mediante designación legal o nombramiento, o por estar incluidas en las listas de raya de los Trabajadores temporales, incluidas aquéllas que presten sus servicios mediante contrato personal sujeto a la legislación común, que perciban sus emolumentos exclusivamente con cargo a la partida de honorarios por contrato, o que estén incluidos en las listas de raya, siempre y cuando hayan laborado una jornada completa de acuerdo con las condiciones generales de trabajo y el contrato sea por un periodo mínimo de un año.</p> <p>Son familiares derechohabientes los que reúnan los siguientes requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Que el Trabajador o el Pensionado tenga derecho a los seguros, prestaciones y servicios señalados en esta Ley, y</li> <li>2) Que dichos familiares no tengan por sí mismos derechos propios a los seguros, prestaciones y servicios previstos en esta Ley, o a otros similares en materia de servicios de salud, otorgados por cualquier otro instituto de seguridad social (art. 6).</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Régimen voluntario</li> </ul> <p>El Instituto podrá celebrar convenios con los gobiernos de las Entidades Federativas o de los municipios y sus Dependencias y Entidades, a fin de que sus Trabajadores y Familiares Derechohabientes reciban los seguros, prestaciones y servicios del régimen obligatorio de esta Ley. La incorporación deberá ser total y, en ningún caso, el Instituto podrá otorgar seguros, prestaciones o servicios que no estén previstos en el convenio correspondiente (art. 204).</p> <p>Los convenios de incorporación deberán prever que los seguros, servicios y prestaciones que se proporcionen a los Trabajadores incorporados al Instituto por virtud del convenio sean iguales a los que se brindan a los Trabajadores incorporados en términos de lo previsto en el artículo 1o. de esta Ley (art. 205).</p>
	<b>DERECHOS</b>	Ley del ISSSTE	<p>Los Trabajadores tendrán derecho a exigir a las Dependencias o Entidades el estricto cumplimiento de las obligaciones que les impone el artículo anterior, así como el que el Instituto los registre al igual que a sus Familiares Derechohabientes (art. 8).</p> <p>En caso de enfermedad el Trabajador y el</p>

		<p>Pensionado tendrán derecho a recibir atención médica de diagnóstico, de tratamiento, odontológica, consulta externa, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación que sea necesaria desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo máximo de cincuenta y dos semanas para la misma enfermedad. El Reglamento de Servicios Médicos determinará qué se entiende por este último concepto.</p> <p>En el caso de enfermos ambulantes, cuyo tratamiento médico no les impida trabajar, y en el de Pensionados, el tratamiento de una misma enfermedad se continuará hasta su curación (art. 36).</p> <p>Cuando la enfermedad imposibilite al Trabajador para desempeñar su actividad laboral, tendrá derecho a licencia con goce de sueldo o con medio sueldo pagado por la Dependencia o Entidad en que labore (art. 37).</p> <p>La mujer Trabajadora, la pensionada, la cónyuge del Trabajador o del Pensionado o, en su caso, la concubina de uno u otro, y la hija del Trabajador o Pensionado, soltera, menor de dieciocho años que dependa económicamente de éstos, según las condiciones del artículo siguiente, tendrán derecho a:</p> <p>I. Asistencia obstétrica necesaria a partir del día en que el Instituto certifique el estado de embarazo. La certificación señalará la fecha probable del parto para los efectos del artículo 28 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, reglamentaria del Apartado B del artículo 123 Constitucional;</p> <p>II. Ayuda para la lactancia cuando, según dictamen médico, exista incapacidad física o laboral para amamantar al hijo. Esta ayuda será proporcionada en especie, hasta por un lapso de seis meses con posterioridad al nacimiento, y se entregará a la madre o, a falta de ésta, a la persona encargada de alimentarlo, y</p> <p>III. Con cargo al seguro de salud, una canastilla de maternidad, al nacer el hijo, cuyo costo será señalado periódicamente por el Instituto, mediante acuerdo de la Junta Directiva (art. 39).</p> <p>También tendrán derecho a los servicios del seguro de salud en caso de enfermedad, los Familiares Derechohabientes del Trabajador o del Pensionado (art. 41).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensiones</li> </ul>
--	--	---

		<p>El derecho al goce de las Pensiones de cualquier naturaleza, comenzará desde el día en que el Trabajador o sus Familiares Derechohabientes cumplan con los requisitos establecidos en esta Ley para ello (art. 44).</p> <p>Las Pensiones a que se refiere esta Ley son compatibles con el disfrute de otras Pensiones que se reciban con el carácter de Familiar Derechohabiente (art. 48).</p> <p>El Trabajador o sus Familiares Derechohabientes que adquieran el derecho a disfrutar de una Pensión proveniente de algún plan establecido por su Dependencia o Entidad, que haya sido autorizado y registrado por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, debiendo cumplir los requisitos establecidos por ésta, tendrá derecho a que el PENSIONISSSTE o la Administradora que opere su Cuenta Individual, le entregue los recursos que la integran antes de cumplir las edades y tiempo de cotización establecidas en el Capítulo VI de esta Ley, situándolos en la entidad financiera que el Trabajador designe, a fin de adquirir una Renta vitalicia o bien entregándoselos en una sola exhibición, cuando la Pensión de que disfrute sea mayor al menos en un treinta por ciento a la Garantizada (art. 54).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro de riesgo de trabajo</li> </ul> <p>El Trabajador que sufra un riesgo del trabajo tiene derecho a las siguientes prestaciones en especie:</p> <p>I. Diagnóstico, asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica;</p> <p>II. Servicio de hospitalización;</p> <p>III. Aparatos de prótesis y ortopedia, y</p> <p>IV. Rehabilitación (art. 61).</p> <p>En caso de riesgo del trabajo, el Trabajador tendrá derecho a las siguientes prestaciones en dinero:</p> <p>I. Al ser declarada una incapacidad temporal, se otorgará licencia con goce del cien por ciento del sueldo, cuando el riesgo del trabajo imposibilite al Trabajador para desempeñar sus labores. El pago se hará desde el primer día de incapacidad y será cubierto por las Dependencias o Entidades hasta que termine la incapacidad cuando ésta sea temporal, o bien hasta que se declare la incapacidad permanente del Trabajador [...] (art. 62).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro de retiro, cesantía en edad</li> </ul>
--	--	---

			<p>avanzada y vejez</p> <p>Para los efectos del seguro a que se refiere este Capítulo, es derecho de todo Trabajador contar con una Cuenta Individual operada por el PENSIONISSSTE o por una Administradora que elija libremente. La Cuenta Individual se integrará por las Subcuentas: de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, del Fondo de la Vivienda, de ahorro solidario, de aportaciones complementarias de retiro, de aportaciones voluntarias y de ahorro a largo plazo (art. 76).</p> <p>Durante el tiempo en que el Trabajador deje de estar sujeto a una relación laboral, éste tendrá derecho a:</p> <p>I. Realizar depósitos a su Cuenta Individual, y</p> <p>II. Retirar de su Subcuenta de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, la cantidad que resulte menor entre setenta y cinco días de su propio Sueldo Básico de los últimos cinco años, o el diez por ciento del saldo de la propia Subcuenta, a partir del cuadragésimo sexto día natural contado desde el día en que quedó desempleado.</p> <p>El derecho consignado en esta fracción, sólo podrán ejercerlo los Trabajadores, que acrediten con los estados de cuenta correspondientes, no haber efectuado retiros durante los cinco años inmediatos anteriores a la fecha citada. El Trabajador deberá presentar la solicitud correspondiente (art. 77)</p> <p>Los Trabajadores tendrán derecho a un seguro de retiro antes de cumplir las edades y tiempo de cotización establecidas [...] (art. 80).</p> <p>El seguro de vejez da derecho al Trabajador al otorgamiento de:</p> <p>I. Pensión, y</p> <p>II. Seguro de salud, en los términos del Capítulo II de este Título (art. 88).</p> <p>A cada Trabajador se le abrirá una Cuenta Individual en el PENSIONISSSTE o, si así lo elige, en una Administradora. Los Trabajadores podrán solicitar el traspaso de su Cuenta Individual al PENSIONISSSTE o a una Administradora diferente a la que opere la cuenta en los casos previstos en la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro (art. 97).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro de invalidez y vida</li> </ul> <p>Si un Trabajador o sus Familiares</p>
--	--	--	---

			<p>Derechohabientes tiene derecho a cualquiera de las Pensiones de este Capítulo y también a Pensión proveniente del seguro de riesgos del trabajo, siempre y cuando se trate de una incapacidad parcial previa al estado de invalidez, percibirá ambas sin que la suma de sus cuantías exceda del cien por ciento del Sueldo Básico mayor, de los que sirvieron de base para determinar la cuantía de las Pensiones concedidas. Los ajustes para no exceder del límite señalado no afectarán la Pensión proveniente de riesgos del trabajo (art. 117).</p> <p>El estado de invalidez da derecho al Trabajador, en los términos de esta Ley, al otorgamiento de:</p> <p>I. Pensión temporal, o</p> <p>II. Pensión definitiva (art. 118).</p> <p>Los Familiares Derechohabientes del Trabajador o Pensionado fallecido, en el orden que establece la sección de Pensión por causa de muerte del seguro de invalidez y vida, tienen derecho a una Pensión equivalente al cien por ciento de la que hubiese correspondido al Trabajador por invalidez o de la Pensión que venía disfrutando el Pensionado, y a la misma gratificación anual a que tuviera derecho el Pensionado. La cuantía de este beneficio será hasta por un monto máximo de diez veces el Salario Mínimo (art. 132).</p>
	<b>OBLIGACIONES</b>	Ley del ISSSTE	<p>Los Trabajadores están obligados a proporcionar al Instituto y a las Dependencias o Entidades en que presten sus servicios:</p> <p>I. La información general de las personas que podrán considerarse como Familiares Derechohabientes, y</p> <p>II. Los informes y documentos probatorios que se les pidan, relacionados con la aplicación de esta Ley (art. 8).</p> <p>Para que los Derechohabientes puedan utilizar los seguros, prestaciones y servicios que les corresponden en términos de esta Ley, deberán cumplir los requisitos aplicables (art. 11).</p> <p>Los Trabajadores que desempeñen dos o más empleos en las Dependencias o Entidades cubrirán sus Cuotas sobre la totalidad de los Sueldos Básicos que correspondan, mismos que se tomarán en cuenta para fijar las Pensiones y demás beneficios de los seguros de riesgos del trabajo e invalidez y vida (art. 18).</p>



		<p>Para que la Trabajadora, Pensionada, cónyuge o hija menor de dieciocho años y soltera, o en su caso, la concubina, tengan derecho a las prestaciones que establece el artículo previo, será necesario que, durante los seis meses anteriores al parto, se hayan mantenido vigentes sus derechos o los del Trabajador o Pensionado del que se deriven estas prestaciones.</p> <p>En el caso de que la Trabajadora no cumpla con el requisito de seis meses de antigüedad, la Dependencia o Entidad de su adscripción, cubrirá el costo del servicio de acuerdo con el tabulador que autorice la Junta Directiva (art. 40).</p> <p>Los Trabajadores que soliciten Pensión por riesgos del trabajo y los Pensionados por la misma causa, están obligados a someterse a los reconocimientos y tratamientos que el Instituto les prescriba y proporcione en cualquier tiempo, con el fin de aumentar o en su caso disminuir su cuantía y en su caso revocar la misma en virtud del estado físico que goce el pensionista, así como a las investigaciones y evaluaciones necesarias para verificar la vigencia de sus derechos por este concepto y, en caso de no hacerlo, no se tramitará su solicitud o se le suspenderá el goce de la Pensión.</p> <p>La suspensión del pago de la Pensión sólo requerirá que el Instituto lo solicite por escrito a la Aseguradora correspondiente (art. 65).</p> <p>Para gozar de las prestaciones de cesantía en edad avanzada se requiere que el Trabajador tenga un mínimo de veinticinco años de cotización reconocidos por el Instituto.</p> <p>El Trabajador cesante que tenga sesenta años o más y no reúna los años de cotización señalados en el párrafo precedente, podrá retirar el saldo de su Cuenta Individual en una sola exhibición o seguir cotizando hasta cubrir los años necesarios para que opere su Pensión (art. 84).</p> <p>Para tener derecho al goce de las prestaciones del seguro de vejez, se requiere que el Trabajador o Pensionado por riesgos del trabajo o invalidez haya cumplido sesenta y cinco años de edad y tenga reconocidos por el Instituto un mínimo de veinticinco años de cotización.</p> <p>En caso que el Trabajador o Pensionado tenga sesenta y cinco años o más y no reúna los años de cotización señalados en el párrafo precedente, podrá retirar el saldo de su Cuenta Individual en una sola exhibición o seguir cotizando hasta cubrir los años</p>
--	--	---

			<p>necesarios para que opere su Pensión (art. 89).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro de invalidez y vida</li> </ul> <p>El otorgamiento de las prestaciones establecidas en este Capítulo requiere del cumplimiento de periodos de espera, medidos en años de cotización reconocidos por el Instituto, según se señala en las disposiciones relativas a cada uno de los riesgos amparados.</p> <p>Para los efectos de este artículo, para computar los años de cotización por lo que se refiere al seguro contenido en este Capítulo, se considerarán los periodos que se encuentren amparados por el dictamen médico respectivo (art. 115).</p> <p>Los Trabajadores que soliciten Pensión por invalidez y los Pensionados por la misma causa están obligados a someterse a los reconocimientos y tratamientos que el Instituto les prescriba y proporcione y, en caso de no hacerlo, no se tramitará su solicitud o se les suspenderá el goce de la Pensión (art. 126).</p>
	<p><b>CAUSAS DE SUSPENSIÓN Y CANCELACIÓN DE LOS BENEFICIOS</b></p>	<p>Ley del ISSSTE</p>	<p>El Trabajador dado de baja por cese, renuncia, terminación de la obra o del tiempo para los cuales haya sido designado, así como el que disfrute de licencia sin goce de sueldo, pero que haya prestado servicios ininterrumpidos inmediatamente antes de la separación, durante un mínimo de seis meses, conservará en los dos meses siguientes a la misma, el derecho a recibir los beneficios del seguro de salud establecidos en el Capítulo anterior. Del mismo derecho disfrutarán, en lo que proceda, sus Familiares Derechohabientes (art. 43).</p> <p>La Pensión por incapacidad parcial podrá ser revocada cuando el Trabajador se recupere de las secuelas que deje el riesgo del trabajo [...] (art. 65).</p> <p>La Pensión por incapacidad total será revocada cuando el Trabajador recupere su capacidad para el servicio (art. 65).</p> <p>El pago de la Pensión de invalidez se suspenderá durante el tiempo en que el Pensionado desempeñe un trabajo que le proporcione un ingreso mayor al referido en el artículo 118 de esta Ley (art. 116).</p> <p>El otorgamiento de la Pensión por invalidez queda sujeto a la satisfacción de los siguientes requisitos:</p> <p>I. Solicitud del Trabajador o de sus legítimos</p>

		<p>representantes, y</p> <p>II. Dictamen de uno o más médicos o técnicos designados por el Instituto [...] (art. 124).</p> <p>No se concederá la Pensión por invalidez:</p> <p>I. Si la invalidez se origina encontrándose el Trabajador en estado de embriaguez;</p> <p>II. Si la invalidez ocurre encontrándose el Trabajador bajo la acción de algún narcótico o droga enervante, salvo que exista prescripción médica y que el Trabajador hubiese puesto el hecho en conocimiento del jefe inmediato presentándole la prescripción suscrita por el médico;</p> <p>III. Si el Trabajador se ocasiona intencionalmente una lesión por sí o de acuerdo con otra persona;</p> <p>IV. Si la invalidez es resultado de un intento de suicidio o efecto de una riña, en que hubiere participado el Trabajador u originados por algún delito cometido por éste, y</p> <p>V. Cuando el estado de invalidez sea anterior a la fecha del nombramiento del Trabajador (art. 125).</p> <p>La Pensión por invalidez o la tramitación de la misma se suspenderá:</p> <p>I. Cuando el Pensionado o solicitante esté desempeñando algún cargo o empleo, y</p> <p>II. En el caso de que el Pensionado o solicitante se niegue injustificadamente a someterse a los reconocimientos y tratamientos que el Instituto le prescriba y proporcione en cualquier tiempo, así como a las investigaciones y evaluaciones necesarias para verificar la vigencia de sus derechos por este concepto, o se resista a las medidas preventivas o curativas a que deba sujetarse, salvo que se trate de una persona afectada de sus facultades mentales. El pago de la Pensión o la tramitación de la solicitud se reanudará a partir de la fecha en que el Pensionado se someta al tratamiento médico, sin que haya lugar, en el primer caso, a recibir las prestaciones que dejó de percibir durante el tiempo que haya durado la suspensión.</p> <p>La suspensión del pago de la Pensión, sólo</p>
--	--	--

		<p>requerirá que el Instituto lo solicite por escrito a la Aseguradora correspondiente. Asimismo, el Instituto solicitará a la Aseguradora, la devolución de la Reserva del Seguro de Pensión, correspondiente al plazo que dure la suspensión (art. 128).</p> <p>Los derechos a percibir Pensión se pierden para los Familiares Derechohabientes del Trabajador o Pensionado por alguna de las siguientes causas:</p> <p>I. Llegar a cumplir dieciocho años de edad los hijos e hijas del Trabajador o Pensionado, salvo lo dispuesto en el artículo anterior, siempre que no estén incapacitados legalmente o imposibilitados físicamente para trabajar;</p> <p>II. Porque la mujer o el varón Pensionado contraigan nupcias o llegasen a vivir en concubinato. Al contraer matrimonio la viuda, viudo, concubina o concubinario, recibirán como única y última prestación el importe de seis meses de la Pensión que venían disfrutando.</p> <p>La divorciada o divorciado no tendrán derecho a la Pensión de quien haya sido su cónyuge, a menos que a la muerte del causante, éste estuviese ministrándole alimentos por condena judicial y siempre que no existan viuda o viudo, hijos, concubina o concubinario y ascendientes con derecho a la misma. Cuando la divorciada o divorciado disfrutasen de la Pensión en los términos de este artículo, perderán dicho derecho si contraen nuevas nupcias, o si viviesen en concubinato, y</p> <p>III. Por fallecimiento (art. 135).</p> <p>No tendrá derecho a Pensión el cónyuge supérstite, en los siguientes casos:</p> <p>I. Cuando la muerte del Trabajador o Pensionado acaeciera antes de cumplir seis meses de matrimonio;</p> <p>II. Cuando hubiese contraído matrimonio con el Trabajador después de haber cumplido éste los cincuenta y cinco años de edad, a menos que a la fecha de la muerte haya transcurrido un año desde la celebración del matrimonio, y</p> <p>III. Cuando al contraer matrimonio el Pensionado recibía una Pensión de riesgos</p>
--	--	--

			<p>del trabajo o invalidez, a menos de que a la fecha de la muerte haya transcurrido un año desde la celebración del matrimonio.</p> <p>Las limitaciones que establece este artículo no regirán cuando al morir el Trabajador o Pensionado, el cónyuge compruebe tener hijos con él. (art. 136).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Régimen voluntario</li> </ul> <p>La continuación voluntaria terminará por:</p> <p>I. Declaración expresa del interesado;</p> <p>II. Dejar de pagar las Cuotas y Aportaciones en los plazos a que se refiere el artículo 200 de esta Ley, y</p> <p>III. Ingresar nuevamente al régimen obligatorio de esta Ley (art. 202).</p>
<b>BENEFICIOS DE SERVICIOS DE SALUD Y MEDICAMENTOS</b>		Ley del ISSSTE	<p>El seguro de salud establecido por el ISSSTE incluye los componentes de atención médica preventiva, atención médica curativa y rehabilitación física y mental (art. 27 y ss.).</p> <p>Las referencias al contenido de cada uno de estos componentes se encuentran en el apartado correspondiente a los objetivos del ISSSTE.</p>
<b>MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO</b>		Ley del ISSSTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Régimen obligatorio</li> </ul> <p>El Sueldo Básico que se tomará en cuenta para los efectos de esta Ley, será el sueldo del tabulador regional que para cada puesto se haya señalado.</p> <p>Las Cuotas y Aportaciones establecidas en esta Ley se efectuarán sobre el Sueldo Básico, estableciéndose como límite inferior un Salario Mínimo y como límite superior, el equivalente a diez veces dicho Salario Mínimo.</p> <p>Será el propio Sueldo Básico, hasta el límite superior equivalente a diez veces el Salario Mínimo del Distrito Federal, el que se tomará en cuenta para determinar el monto de los beneficios en los seguros de riesgos del trabajo e invalidez y vida establecidos por esta Ley (art. 17).</p> <p>Las Dependencias y Entidades sujetas al régimen de esta Ley tienen la obligación de retener de los sueldos del Trabajador el equivalente a las Cuotas y Descuentos que éste debe cubrir al Instituto, de conformidad con las disposiciones administrativas que al</p>

	<p>efecto se emitan. Si las Cuotas y Descuentos no fueren retenidas al efectuarse el pago del sueldo, los obligados a hacerlo sólo podrán retener de éste el monto acumulado equivalente a dos cotizaciones; el resto de los no retenidos será a su cargo.</p> <p>El entero de las Cuotas, Aportaciones y Descuentos, será por quincenas vencidas y deberá hacerse en entidades receptoras que actúen por cuenta y orden del Instituto, mediante los sistemas o programas informáticos que se establezcan al efecto, a más tardar, los días cinco de cada mes, para la segunda quincena del mes inmediato anterior, y veinte de cada mes, para la primera quincena del mes en curso, excepto tratándose de las Cuotas y Aportaciones al seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez y al Fondo de la Vivienda.</p> <p>El entero de las Cuotas y Aportaciones al seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez y al Fondo de la Vivienda será por bimestres vencidos, a más tardar el día diecisiete de los meses de enero, marzo, mayo, julio, septiembre y noviembre de cada año y se realizará mediante los sistemas o programas informáticos que, al efecto, determine la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (art. 21).</p> <p>Los ingresos provenientes de las Cuotas, Aportaciones y Descuentos no se concentrarán en la Tesorería de la Federación, deberán ser enterados al Instituto. Tratándose de las Cuotas y Aportaciones correspondientes al seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, se depositarán en la Cuenta Individual del Trabajador (art. 23).</p> <p>La Secretaría de Hacienda y Crédito Público incluirá en las partidas necesarias el concepto de Cuotas y Aportaciones de este ordenamiento al tiempo de examinar los proyectos anuales de presupuestos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal. Asimismo, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público vigilará el oportuno entero de los recursos por parte de las Dependencias y Entidades, en los términos de esta Ley (art. 24).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro de salud</li> </ul> <p>El seguro de salud se financiará en la forma siguiente:</p> <p>I. A los Trabajadores les corresponden las</p>
--	---

	<p>siguientes Cuotas:</p> <p>a) Una Cuota de dos punto setenta y cinco por ciento del Sueldo Básico para financiar al seguro de salud de los Trabajadores en activo y Familiares Derechohabientes, y</p> <p>b) Una Cuota de cero punto seiscientos veinticinco por ciento del Sueldo Básico para financiar al seguro de salud de los Pensionados y Familiares Derechohabientes;</p> <p>II. A las Dependencias y Entidades les corresponden las siguientes Aportaciones:</p> <p>a) El equivalente al siete punto trescientos setenta y cinco por ciento del Sueldo Básico financiará al seguro de salud de los Trabajadores en activo y sus Familiares Derechohabientes, y</p> <p>b) El equivalente al cero punto setenta y dos por ciento del Sueldo Básico para financiar el seguro de salud de los Pensionados y sus Familiares Derechohabientes;</p> <p>III. El Gobierno Federal cubrirá mensualmente una Cuota Social diaria por cada Trabajador, equivalente al trece punto nueve por ciento del salario mínimo general para el Distrito Federal vigente al día primero de julio de mil novecientos noventa y siete actualizado trimestralmente conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor al día de la entrada en vigor de esta Ley. La cantidad inicial que resulte, a su vez, se actualizará trimestralmente, conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor.</p> <p>Estos porcentajes incluyen gastos específicos de administración del seguro de salud (art. 42).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro de riesgos de trabajo</li> </ul> <p>Las Dependencias y Entidades cubrirán una Aportación de cero punto setenta y cinco por ciento del Sueldo Básico por el seguro de riesgos del trabajo (art. 75).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez</li> </ul> <p>El Gobierno Federal con recursos propios complementarios a los de la Cuenta Individual correspondiente, cubrirá la Pensión Garantizada, en la forma y términos que al efecto determine la Secretaría de Hacienda y</p>
--	---

	<p>Crédito Público (art. 94).</p> <p>Las Cuotas y Aportaciones del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez se recibirán y se depositarán en las respectivas Subcuentas de la Cuenta Individual de cada Trabajador, de conformidad con las disposiciones que emita la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (art. 101).</p> <p>Las Cuotas y Aportaciones a que se refiere este Capítulo serán:</p> <p>I. A los Trabajadores les corresponde una Cuota de seis punto ciento veinticinco por ciento del Sueldo Básico;</p> <p>II. A las Dependencias y Entidades les corresponde una Aportación de retiro de dos por ciento, y por cesantía en edad avanzada y vejez, de tres punto ciento setenta y cinco por ciento del Sueldo Básico, y</p> <p>III. El Gobierno Federal cubrirá mensualmente una Cuota Social diaria por cada Trabajador, equivalente al cinco punto cinco por ciento del salario mínimo general para el Distrito Federal vigente al día primero de julio de mil novecientos noventa y siete actualizado trimestralmente conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor al día de la entrada en vigor de esta Ley. La cantidad inicial que resulte, a su vez, se actualizará trimestralmente en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre, conforme al Índice Nacional del Precios al Consumidor.</p> <p>Para efecto de las Cuotas y Aportaciones de los Pensionados por riesgos del trabajo o invalidez, las cotizaciones antes mencionadas se realizarán con base en el monto de la Pensión que reciban.</p> <p>Los recursos a que se refiere este artículo se depositarán en las Subcuentas de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez (art. 102).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro de invalidez y vida</li> </ul> <p>Las prestaciones del seguro de invalidez y vida, se financiarán en la forma siguiente:</p> <p>I. A los Trabajadores les corresponde una Cuota de cero punto seiscientos veinticinco por ciento del Sueldo Básico, y</p> <p>II. A las Dependencias y Entidades les corresponde una Aportación de cero punto seiscientos veinticinco por ciento del Sueldo</p>
--	---



		<p>Básico (art. 140).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema Integral de crédito</li> </ul> <p>El Instituto administrará el Fondo de la Vivienda que se integre con las Aportaciones que las Dependencias y Entidades realicen a favor de los Trabajadores (art. 167).</p> <p>Los recursos para la operación del Fondo de la Vivienda se integran con:</p> <p>I. Las Aportaciones que las Dependencias y Entidades enteren al Instituto a favor de los Trabajadores;</p> <p>II. Los bienes y derechos adquiridos por cualquier título, y</p> <p>III. Los rendimientos que se obtengan de las inversiones de los recursos a que se refieren las anteriores fracciones (art. 168).</p> <p>Las prestaciones relativas a préstamos personales se financiarán con el Fondo constituido al efecto en el Instituto. El Fondo de la Vivienda se constituirá con una Aportación del cinco por ciento del Sueldo Básico (arts. 193 y 194).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios sociales y culturales</li> </ul> <p>Los servicios sociales y culturales se financiarán en la forma siguiente:</p> <p>I. A los Trabajadores les corresponde una Cuota de cero punto cinco por ciento del Sueldo Básico, y</p> <p>II. A las Dependencias y Entidades les corresponde una Aportación de cero punto cinco por ciento del Sueldo Básico.</p> <p>En adición a lo anterior, para los servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil, las Dependencias y Entidades cubrirán el cincuenta por ciento del costo unitario por cada uno de los hijos de sus Trabajadores que hagan uso del servicio en las estancias de bienestar infantil del Instituto. Dicho costo será determinado anualmente por la Junta Directiva (art. 199).</p>
<p><b>TRANSFERENCIA DE DERECHOS</b></p>	<p>Ley del ISSSTE</p>	<p>Transferencia de derechos entre el ISSSTE y el IMSS</p> <p>Los Trabajadores que hubieren cotizado al Instituto y que por virtud de una nueva relación laboral se inscriban al IMSS, podrán transferir a este último los derechos de los</p>

	<p>años de cotización al Instituto. De la misma manera los Trabajadores inscritos en el IMSS que inicien una relación laboral que los sujete al régimen de esta ley podrán transferir al Instituto los derechos de sus semanas de cotización.</p> <p>Para efectos de la transferencia de derechos prevista en el presente artículo se considerará que un año de cotización al Instituto equivale a cincuenta y dos semanas de cotización del régimen de la Ley del Seguro Social. Asimismo, el Instituto deberá señalar en las constancias de baja que expida a los Trabajadores el número de años de cotización incluyendo, en su caso, la última fracción de año cotizado.</p> <p>En caso de que la fracción de año cotizado sea equivalente a más de seis meses, se considerará cotizado el año completo (art. 141).</p> <p>La asistencia médica a que tienen derecho los Pensionados por el seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez que hayan cotizado al Instituto y al IMSS, será prestada siempre y cuando hubieren cotizado cuando menos durante quince años en alguna de estas dos Entidades o veinticuatro años en conjunto, de acuerdo con lo previsto en el artículo anterior.</p> <p>En este caso, la asistencia médica deberá ser prestada por aquél Instituto en el que el Pensionado hubiere cotizado durante mayor tiempo.</p> <p>El Instituto donde hubiere cotizado por menor tiempo el Pensionado, deberá transferir las Reservas actuariales correspondientes al seguro de salud, a aquél que prestará el servicio de salud de conformidad con los lineamientos que, al efecto, acuerden el Instituto y el IMSS (art. 142).</p> <p>Los Trabajadores que por tener relación laboral con dos o más patrones coticen simultáneamente al Instituto y al IMSS, tendrán derecho a recibir atención médica y demás servicios del seguro de salud por parte de ambos (art. 143).</p> <p>Transferencia de derechos al ISSSTE de otros institutos de seguridad social.</p> <p>El Instituto, previa aprobación de su Junta Directiva y opinión favorable de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, podrá celebrar convenios de portabilidad con otros</p>
--	---

		<p>institutos de seguridad social o con Entidades que operen otros sistemas de seguridad social compatibles con el previsto en la presente ley, mediante los cuales se establezcan:</p> <p>I. Reglas de carácter general y equivalencias en las condiciones y requisitos para obtener una Pensión de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, e invalidez y vida, y</p> <p>II. Mecanismos de traspaso de recursos de las Subcuentas que integran la Cuenta Individual.</p> <p>Los convenios de portabilidad a que se refiere esta Sección establecerán el tratamiento que se dará, en su caso, a los recursos de la Subcuenta del Fondo de la Vivienda.</p> <p>Asimismo, para la celebración de dichos convenios de portabilidad, se deberá contar con dictamen de un actuario independiente en que conste la equivalencia de la portabilidad de derechos que se pretenda convenir, así como la suficiencia de las Reservas que se deban afectar para hacer frente a las obligaciones que resulten a cargo del Instituto (art. 149).</p> <p>Transferencia de derechos entre el ISSSTE y el INFONAVIT</p> <p>Los Trabajadores que hubieren cotizado al Instituto y que por virtud de una nueva relación laboral se inscriban al Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, podrán transferir a este último los recursos acumulados en la Subcuenta del Fondo de la Vivienda. De la misma manera, los Trabajadores inscritos en el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores que inicien una relación laboral que los sujete al régimen de esta Ley podrán transferir al Instituto los recursos de la Subcuenta del Fondo de la Vivienda respectiva.</p> <p>Para efectos de la transferencia de derechos prevista en el presente artículo, se estará a las reglas que, para tal efecto, expida cada uno de los institutos de seguridad social mencionados. (art. 154).</p>
<b>AFILIACIÓN E INTEGRACIÓN DEL PADRÓN</b>	Ley del ISSSTE	El Instituto contará con medios electrónicos que le permitan crear una base de datos institucional, que contendrá los respectivos expedientes de sus Derechohabientes, misma a la que deberá dar acceso continuo a la CONSAR y a las empresas operadoras de la Base de Datos Nacional SAR reguladas en la Ley de los Sistemas de Ahorro para el

			<p>Retiro, con excepción de lo relacionado con la información médica de los Derechohabientes, la cual estará reservada al Instituto.</p> <p>Tanto las Dependencias y Entidades, como los Derechohabientes, tendrán la obligación de proporcionar la información que permita mantener actualizados los expedientes a que se refiere este artículo, conforme lo establezca el reglamento que regule las bases de datos de Derechohabientes.</p> <p>La información que se entregue al Instituto, a la CONSAR y a las empresas operadoras de la Base de Datos Nacional SAR será confidencial (art. 13).</p>
<b>FACULTADES</b>	<b>NORMATIVAS</b>	Ley del ISSSTE	<p>El Instituto diseñará, implantará y desarrollará su modelo y programas de salud en atención a las características demográficas, socioeconómicas y epidemiológicas de sus Derechohabientes, y creará las herramientas de supervisión técnica y financiera necesarias para garantizar su cumplimiento.</p> <p>Para el efecto, la Junta Directiva aprobará los reglamentos en materia de servicios médicos; medición y evaluación del desempeño médico y financiero de los prestadores de servicios de salud del Instituto; incentivos al desempeño y a la calidad del servicio médico; financiamiento de unidades prestadoras de servicios de salud a través de acuerdos de gestión; surtimiento de recetas y abasto de medicamentos; oferta de capacidad excedente; Reservas financieras y actuariales del seguro de salud y los demás que considere pertinentes (art. 28).</p> <p>La Junta Directiva del Instituto emitirá disposiciones reglamentarias para la regionalización de los servicios de salud, considerando criterios demográficos, de morbilidad, de demanda de servicios, de capacidad resolutive y de eficiencia médica y financiera, entre otros. Asimismo, se establecerán normas y procedimientos para el debido escalonamiento de los servicios, referencias y contrarreferencias, subrogación de servicios y otros que se consideren pertinentes (art. 30).</p> <p>El Instituto tendrá las siguientes funciones:</p> <p>[...]</p> <p>II. Emitir las resoluciones que reconozcan el derecho a las Pensiones;</p> <p>IX. Expedir los reglamentos para la debida prestación de los servicios y de organización</p>

	<b>COORDINACIÓN Y ORGANIZACIÓN</b>	Ley del ISSSTE	<p>interna; (art. 208).</p> <p>El Instituto recopilará y clasificará la información sobre los Derechohabientes, a efecto de formular escalas de sueldos, promedios de duración de los servicios que esta Ley regula, tablas de mortalidad, morbilidad y, en general, las estadísticas y cálculos actuariales necesarios para encauzar y mantener el equilibrio financiero de los recursos y cumplir adecuada y eficientemente con los seguros, prestaciones y servicios que por ley le corresponde administrar. Con base en los resultados de los cálculos actuariales que se realicen, deberán proponerse al Ejecutivo Federal las modificaciones que fueran procedentes. (art. 14).</p> <p>Corresponde al Instituto promover la integración y funcionamiento de las Comisiones de Seguridad y Salud en los centros de trabajo de las Dependencias y Entidades y, a las propias comisiones, atender las recomendaciones que el Instituto formule en materia de seguridad y salud en el trabajo.</p> <p>El Instituto deberá asimismo, promover la integración y funcionamiento de una Comisión Consultiva Nacional y de Comisiones Consultivas de las Entidades Federativas de Seguridad y Salud en el Trabajo del Sector Público Federal (art. 73).</p> <p>El Instituto tendrá personalidad jurídica para celebrar toda clase de actos y contratos, así como para defender sus derechos ante los tribunales o fuera de ellos, y para ejercitar las acciones judiciales o gestiones extrajudiciales que le competen. Para desistirse de las acciones intentadas o de los recursos interpuestos, así como para dejar de interponer los que las leyes le concedan, cuando se trate de asuntos que afecten al erario federal, se deberán afectar los gastos de administración del Instituto por la cantidad correspondiente según conste en acuerdo expreso de la Junta Directiva del Instituto (art. 207).</p> <p>El Instituto tendrá las siguientes funciones:</p> <p>I. Cumplir con los programas aprobados para otorgar los seguros, prestaciones y servicios a su cargo;</p> <p>VI. Establecer la estructura y funcionamiento de sus unidades administrativas conforme a su presupuesto aprobado y el estatuto orgánico que al efecto emita la Junta</p>
--	--	----------------	--

			Directiva;  VII. Administrar los seguros, prestaciones y servicios previstos en esta Ley;  X. Realizar toda clase de actos jurídicos y celebrar los contratos que requieran los seguros, prestaciones y servicios previstos en esta Ley, y  XI. Las demás funciones que le confieran esta Ley y sus reglamentos. (art. 208).
	<b>EVALUACIÓN, SUPERVISIÓN Y CONTROL</b>	Ley del ISSSTE	El Instituto diseñará y pondrá en operación, un sistema de evaluación del desempeño, con base en el cual podrá definir las políticas y mecanismos de otorgamiento de los seguros, prestaciones y servicios. (art. 15)  El Instituto establecerá un plan rector para el desarrollo y mejoramiento de la infraestructura y los servicios de salud, que deberá ser aprobado y revisado periódicamente por la Junta Directiva.  Para este efecto se establecerá un Comité de Evaluación y Seguimiento de los servicios de salud, que se integrará de manera paritaria con tres representantes de las áreas médica, administrativa y financiera del Instituto y tres representantes de las organizaciones de Trabajadores.  El comité tendrá las funciones de evaluar los resultados y de proponer medidas para la óptima prestación de los servicios médicos; plantear recomendaciones para que las unidades prestadoras de servicios de salud tengan los recursos necesarios y aseguren el equilibrio financiero, atendiendo prioritariamente las cuestiones de equipo, infraestructura y recursos humanos; así como proponer reconocimientos por desempeño, de conformidad con lo que establezca el reglamento que para este propósito apruebe la Junta Directiva (art. 32).
	<b>CAPACITACIÓN</b>	Ley del ISSSTE	El Instituto tendrá las siguientes funciones: VIII. Difundir conocimientos y prácticas de previsión social; (art.208).
	<b>PROGRAMACIÓN DE RECURSOS</b>	Ley del ISSSTE	El Instituto tendrá las siguientes funciones:  III. Determinar, vigilar, recaudar y cobrar el importe de las Cuotas y Aportaciones, así como los demás recursos del Instituto, por lo que se refiere al seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, el entero de las Cuotas y Aportaciones correspondientes, se realizará mediante los sistemas o programas informáticos que determine la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro; IV. Invertir los Fondos de las Reservas de acuerdo con las disposiciones de esta

			<p>Ley;</p> <p>V. Adquirir o enajenar los bienes muebles e inmuebles necesarios para la realización de sus fines;</p> <p>El financiamiento de los gastos generales de administración del Instituto que no estén estrictamente relacionados con la prestación de algún seguro, prestación o servicio no deberá rebasar del equivalente a la cantidad que resultaría de la aplicación de una Aportación de uno punto cinco por ciento del Sueldo Básico al total de los Trabajadores (art.208).</p>
	<b>ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS</b>	Ley del ISSSTE	<p>La administración de los seguros, prestaciones y servicios establecidos en el presente ordenamiento, así como la del Fondo de la Vivienda, del PENSIONISSSTE, de sus delegaciones y de sus demás órganos desconcentrados, estarán a cargo del organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, denominado Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, con domicilio en la Ciudad de México, Distrito Federal, que tiene como objeto contribuir al bienestar de los Trabajadores, Pensionados y Familiares Derechohabientes, en los términos, condiciones y modalidades previstos en esta Ley (art. 5).</p> <p>El Instituto desarrollará también una función financiera de servicios de salud, que administrará este seguro, con base en un sistema de evaluación y seguimiento que calificará lo mencionado en el párrafo anterior, propondrá asignaciones presupuestarias por resultados y procurará su equilibrio financiero (art. 29).</p>
	<b>EJECUCIÓN DE RECURSOS</b>		
	<b>TUTELA DE LOS BENEFICIARIOS</b>		
<b>PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>SUJETOS</b>	Ley del ISSSTE	<p>El Instituto desarrollará una función prestadora de servicios de salud, mediante la cual se llevarán a cabo las acciones amparadas por este seguro, a través de las unidades prestadoras de servicios de salud, de acuerdo con las modalidades de servicio previstas en las Secciones III y IV del presente Capítulo. Esta función procurará que el Instituto brinde al Derechohabiente servicios de salud suficientes, oportunos y de calidad que contribuyan a prevenir o mejorar</p>

		<p>su salud y bienestar. (art. 29)</p> <p>Los servicios médicos que tiene encomendados el Instituto en los términos de los capítulos relativos a los seguros de salud y de riesgos del trabajo, los prestará directamente o por medio de convenios que celebre con quienes presten dichos servicios, de conformidad con el reglamento respectivo. Los convenios se celebrarán preferentemente con instituciones públicas del sector salud.</p> <p>En tales casos, las instituciones que hubiesen suscrito esos convenios, estarán obligadas a responder directamente de los servicios y a proporcionar al Instituto los informes y estadísticas médicas o administrativas que éste les solicite, sujetándose a las instrucciones, normas técnicas, inspecciones y vigilancia establecidas por el mismo Instituto.</p> <p>El Instituto, previo análisis de la oferta y la demanda y de su capacidad resolutive, y una vez garantizada la prestación a sus Derechohabientes, podrá ofrecer a las instituciones del sector salud la capacidad excedente de sus unidades prestadoras de servicios de salud, de acuerdo con el reglamento respectivo.</p> <p>En estos casos, el Instituto determinará los costos de recuperación que le garanticen el equilibrio financiero (art. 31).</p> <p>Se establece el seguro de riesgos del trabajo en favor de los Trabajadores y, como consecuencia de ello, el Instituto se subrogará en la medida y términos de esta Ley, en las obligaciones de las Dependencias o Entidades, derivadas de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, reglamentaria del Apartado B del artículo 123 Constitucional y de la Ley Federal del Trabajo, por cuanto a los mismos riesgos se refiere (art. 55).</p> <p>La contingencia consistente en la cesantía en edad avanzada, obliga al Instituto al otorgamiento de:</p> <p>I. Pensión, y</p> <p>II. Seguro de salud, en los términos del Capítulo II de este Título (art. 85).</p> <p>Se crea el Fondo Nacional de Pensiones de los Trabajadores al Servicio del Estado, denominado PENSIONISSSTE, el cual será un órgano público desconcentrado del Instituto dotado de facultades ejecutivas, con competencia funcional propia en los términos de la presente Ley (art. 103).</p>
--	--	---



			<p>El PENSIONISSSTE tendrá a su cargo:</p> <p>I. Administrar Cuentas Individuales, y</p> <p>II. Invertir los recursos de las Cuentas Individuales que administre, excepto los de la Subcuenta del Fondo de la Vivienda (art. 104).</p> <p>La Aseguradora elegida por el Pensionado deberá proceder como sigue:</p> <p>I. Pagará mensualmente la Pensión;</p> <p>II. Depositará bimestralmente las Cuotas y Aportaciones correspondientes al seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez en la Cuenta Individual del Pensionado, y</p> <p>III. Pagará una gratificación anual al Pensionado (art. 123).</p> <p>El Instituto se reserva el derecho de contratar los seguros, prestaciones y servicios a que se refiere el presente Título, así como de dar por terminada la vigencia de los mismos anticipadamente, en caso de que existan causas o motivos suficientes a juicio del Instituto que pongan en peligro la adecuada y eficiente prestación de los servicios, el equilibrio financiero del propio Instituto o la preservación de los seguros, prestaciones y servicios del régimen obligatorio</p> <p>Igual disposición se observará en lo relativo a las incorporaciones señaladas en las fracciones VII y VIII, del artículo 1o. de esta Ley.</p> <p>Para la terminación anticipada de algún convenio de incorporación voluntaria o respecto del régimen de continuación voluntaria de algún Trabajador, bastará una resolución de la Junta Directiva y la notificación de dicha resolución a la Dependencia o Entidad, o en su caso, a los interesados de que se trate, con un plazo mínimo de ciento ochenta días anteriores a la terminación (art. 206).</p>
	<b>MECANISMOS DE ACREDITACIÓN</b>		
<b>MARCO CONVENCIONAL</b>		Ley del ISSSTE	Los servicios médicos que tiene encomendados el Instituto en los términos de los capítulos relativos a los seguros de salud y de riesgos del trabajo, los prestará directamente o por medio de convenios que celebre con quienes presten dichos servicios, de conformidad con el reglamento respectivo. Los convenios se celebrarán preferentemente con instituciones públicas del sector salud

	(art. 31).
--	------------

### 3. Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular)

CONCEPTO	INSTRUMENTO NORMATIVO	CONTENIDO
FUNDAMENTO CONSTITUCIONAL	CPEUM	<p>Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución (art. 4º, cuarto párrafo).</p>
OBJETIVOS	Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012	<p>Igualdad de oportunidades para lograr el desarrollo humano y el bienestar de los mexicanos (Eje 3. Igualdad de Oportunidades, Subapartado 3.2 Salud).</p> <p>Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal (Eje 3. Igualdad de Oportunidades, Subapartado 3.2 Salud, Objetivo 7).</p> <p>Para una familia que no cuenta con algún tipo de seguro médico, la atención que acarrea la enfermedad grave de uno de sus miembros puede significar la pérdida de su patrimonio para el tratamiento y los medicamentos.</p> <p>Se buscará avanzar sustancialmente en la cobertura de salud para todos los mexicanos, de modo que el usuario pueda acceder a los servicios necesarios para recuperar su salud, sin afectar irremediablemente su presupuesto.</p> <p>En este rubro se plantea el acceso a la población con mayores carencias a los servicios públicos de salud promoviendo su incorporación al Seguro Popular, a los programas para no asegurados de que disponen la Secretaría de Salud y el IMSS. Asimismo, se establece la necesidad de avanzar en la construcción de un sistema integrado de salud para facilitar la portabilidad de los derechos a la atención médica (Eje 3. Igualdad de Oportunidades, Subapartado 3.2 Salud, Objetivo 7).</p> <p>Consolidar un sistema integrado de salud para garantizar el acceso universal a servicios</p>

	<p>de alta calidad y proteger a todos los mexicanos de los gastos causados por la enfermedad (Eje 3. Igualdad de Oportunidades, Subapartado 3.2. Salud, Objetivo 7, Estrategia 7.1).</p> <p>Para lograr una protección social en salud que beneficie por igual a todos los mexicanos, es necesario implementar una estrategia que permita superar la actual segmentación del sistema que se acerque cada vez más a la universalización de los demás. Esto permitirá proveer beneficios similares en las instituciones de salud, homogeneizar los niveles de calidad y establecer reglas que permitan la portabilidad geográfica e institucional de los beneficios. Para ello, se requieren una serie de reformas graduales que atiendan la realidad jurídica, laboral, económica y política (Eje 3. Igualdad de Oportunidades, Subapartado 3.2. Salud, Objetivo 7, Estrategia 7.1).</p> <p>Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a intervenciones esenciales de atención médica, empezando por los niños (Eje 3. Igualdad de Oportunidades, Subapartado 3.2. Salud, Objetivo 7, Estrategia 7.2).</p> <p>La finalidad de esta estrategia es lograr que el acceso universal a servicios de salud de calidad sea una política sustentable. Para garantizar la cobertura efectiva en el control de las principales causas de daño a la salud y la atención sin excepciones a todos los pacientes, es necesario propiciar la sustentabilidad financiera del sistema de salud y seguridad social. Se debe cuidar responsablemente el presupuesto, identificar los gastos administrativos que no sean prioritarios y reorientar estos recursos hacia el abasto de medicinas y la cobertura de servicios hospitalarios.</p> <p>La reforma a la Ley General de Salud en 2003 creó el Sistema de Protección Social en Salud estableciendo la incorporación voluntaria y paulatina al mismo de todas aquellas familias que no son derechohabientes de la seguridad social para alcanzar el aseguramiento universal en salud en 2010. Por tanto, el reto actual es fortalecer este sistema para garantizar cobertura universal, atención primaria y de alta especialidad, con calidad y seguridad para el paciente.</p> <p>La cobertura universal de los servicios de</p>
--	--

		<p>salud es un objetivo que puede tardar varios años en conseguirse. Pero hay que empezar por donde más se necesita. Los niños son el futuro de nuestro país; garantizar desde ahora su desarrollo saludable es compromiso del Gobierno de la República (Eje 3 Igualdad de Oportunidades, Subapartado 3.2 Salud, Objetivo 7, Estrategia 7.2).</p> <p>Consolidar el financiamiento de los servicios de alta especialidad con un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos (Eje 3 Igualdad de Oportunidades, Subapartado 3.2 Salud, Objetivo 7, Estrategia 7.3).</p>
	<p>Programa Sectorial de Salud 2007-2012</p>	<p>Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud (Sección 3, Objetivo 4).</p> <p>Los sistemas de salud tienen dentro de sus objetivos centrales evitar que los hogares incurran en gastos catastróficos por motivos de salud, lo que los obliga a diseñar esquemas justos de financiamiento de la atención a la salud (Sección 3, Objetivo 4). En este rubro se presentan las siguientes metas:</p> <p>Disminuir el gasto de bolsillo a 44% del gasto total en salud (Meta 4.1).</p> <p>Reducir en 10% la proporción de hogares que enfrentan gastos catastróficos en salud (Meta 4.2).</p> <p>Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona (Sección 4, Objetivo 7).</p> <p>Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud de la persona (Sección 4, Estrategia 7). Dentro de esta estrategia se comprenden las siguientes metas:</p> <p>(1) Establecer el Seguro Médico para una Nueva Generación, que incorporará a todos los niños no beneficiarios de la seguridad social al SPSS (Meta 7.1).</p> <p>(2) Consolidar un financiamiento equitativo de la atención médica mediante el establecimiento de una cuota social a cargo del Gobierno Federal, para todas las familias del país (Meta 7.2).</p> <p>(3) Consolidar el financiamiento de los servicios de alta especialidad en un fondo sectorial de protección contra gastos</p>

			catastróficos (Meta 7.3).
		Ley General de Salud	Garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social (art. 77 bis 1).
<b>BENEFICIARIOS</b>	<b>SUJETOS</b>	Ley General de Salud	<p>Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al SPSS de conformidad con el artículo 4º constitucional (art. 77 bis 1).</p> <p>Las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, se incorporarán al Sistema que les corresponda en razón de su domicilio (art. 77 bis 3).</p> <p>La unidad de protección será el núcleo familiar, la cual se puede integrar de las siguientes maneras:</p> <p>I. Por los cónyuges;</p> <p>II. Por la concubina y el concubinario;</p> <p>III. Por el padre y/o la madre no unidos en vínculo matrimonial o concubinato, y</p> <p>IV. Otros supuestos que determine el Consejo de Salubridad General.</p> <p>Se consideran integrantes del núcleo familiar a los hijos y adoptados menores de 18 años, a los menores que formen parte del hogar y tengan parentesco de consanguinidad con las personas indicadas en las fracciones I a III, a los ascendientes directos en línea recta de éstos, mayores de 64 años, que habiten en la misma vivienda y dependan económicamente de ellos, además de los hijos que tengan hasta 25 años, solteros, que prueben ser estudiantes o discapacitados dependientes.</p> <p>El núcleo familiar será representado por cualquiera de las personas enunciadas en las fracciones I a III (art. 77 bis 4).</p> <p>Serán beneficiarios los señalados</p>

		anteriormente, en los arts. 77 bis 3 y 77 bis 4, que satisfagan los requisitos de elegibilidad del artículo 77 bis 7, previa solicitud de incorporación (art. 77 bis 8).
<b>CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD</b>	Ley General de Salud	<p>Gozarán de los beneficios del Sistema las familias cuyos miembros en lo individual satisfagan los siguientes requisitos:</p> <p>I. Ser residentes en territorio nacional;</p> <p>II. No ser derechohabientes de la seguridad social</p> <p>III. Contar con CURP;</p> <p>IV. Cubrir las cuotas familiares correspondientes;</p> <p>V. Cumplir con sus obligaciones. (art. 77 bis 7).</p>
<b>DERECHOS</b>	Ley General de Salud	<p>Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno.</p> <p>Los usuarios tendrán derecho a elegir, de manera libre y voluntaria, al médico que los atienda entre los médicos de la unidad del primer nivel de atención que les corresponda a su domicilio, en función de horarios y disponibilidad y con base en la reglas de cada institución (art. 51).</p> <p>Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación necesaria sobre su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos y diagnósticos (art. 51 Bis 1).</p> <p>Los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos, salvo en urgencias que la autorización la realiza un familiar y, en ausencia de éste, el médico procede de inmediato.</p> <p>Los usuarios de los servicios públicos de salud en general, contarán con facilidades para acceder a una segunda opción (art. 51 Bis 2).</p> <p>Las quejas que los usuarios presenten por la atención médica recibida, deberán ser atendidas y resueltas en forma oportuna y</p>

		<p>efectiva por los prestadores de servicios de salud o por las instancias que las instituciones tengan definidas para tales efectos (art. 51 Bis 3).</p> <p>El nivel de ingreso o la carencia de éste, no podrán ser limitantes para el acceso al Sistema de Protección Social en Salud (art. 77 bis 26).</p> <p>Los beneficiarios del Sistema tienen derecho a recibir bajo ningún tipo de discriminación los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos, en las unidades médicas de la administración pública, tanto federal como local, acreditados de su elección de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (art. 77 bis 36).</p> <p>Además tienen los siguientes derechos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. Recibir servicios integrales de salud;</li> <li>II. Acceso igualitario a la atención;</li> <li>III. Trato digno, respetuoso y atención de calidad;</li> <li>IV. Recibir medicamentos necesarios y que correspondan a los servicios de salud;</li> <li>V. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación necesaria de la atención de su salud y los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos;</li> <li>VI. Conocer el informe anual de gestión del Sistema;</li> <li>VII. Contar con su expediente clínico;</li> <li>VIII. Decidir libremente sobre su atención;</li> <li>IX. Otorgar o no su consentimiento informado;</li> <li>X. Ser tratado con confidencialidad;</li> <li>XI. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión;</li> <li>XII. Recibir atención médica en urgencias;</li> <li>XIII. Recibir información sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y</li> </ol>
--	--	--

			<p>obtención de servicios de atención médica;</p> <p>XIV. No cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que reciban;</p> <p>XV. Presentar quejas ante los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud o ante los servicios estatales de salud;</p> <p>XVI. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida (art. 77 bis 37).</p>
	<p><b>OBLIGACIONES</b></p>	<p>Ley General de Salud</p>	<p>En general, todo usuario de servicios de salud tiene obligación de ajustarse a las reglamentaciones internas de las instituciones prestadoras de servicios de salud, y dispensar cuidado y diligencia en el uso y conservación de los materiales y equipos médicos que se pongan a su disposición (art. 52).</p> <p>Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán las siguientes obligaciones:</p> <p>I. Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades;</p> <p>II. Hacer uso de la credencial que los acredite como beneficiarios como documento de naturaleza personal e intransferible y presentarla siempre que se requieran servicios de salud;</p> <p>III. Informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y servicios de atención médica;</p> <p>IV. Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes, necesidades y problemas de salud;</p> <p>V. Cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse;</p> <p>VI. Informarse acerca de los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen, así como de los procedimientos de consultas y quejas;</p> <p>VII. Cubrir oportunamente las cuotas familiares y reguladoras que, en su caso, se le fijen;</p> <p>VIII. Dar un trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de los</p>



			<p>servicios de salud, así como a los otros usuarios y sus acompañantes;</p> <p>IX. Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud y colaborar en su mantenimiento;</p> <p>X. Hacer uso responsable de los servicios de salud, y</p> <p>XI. Proporcionar de manera fidedigna la información necesaria para documentar su incorporación al Sistema de Protección Social en Salud y para la definición del monto a pagar por concepto de cuota familiar (art. 77 bis 38).</p>
	<p><b>CAUSAS DE SUSPENSIÓN Y CANCELACIÓN DE LOS BENEFICIOS</b></p>	<p>Ley General de Salud</p>	<p>La cobertura de protección social en salud será suspendida de manera temporal a cualquier familia beneficiaria en los siguientes casos:</p> <p>I. Cuando no cubra las cuotas familiar o reguladora en la forma y fechas que determine la instancia competente, en su caso, y</p> <p>II. Cuando el principal sostén de la familia beneficiaria se incorpore a alguna institución de seguridad social federal o estatal.</p> <p>La cuota familiar amparará a los beneficiarios en el caso de que suceda la suspensión y la reincorporación a los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud en un mismo ejercicio presupuestal (art. 77 bis 39).</p> <p>Se cancelarán los beneficios de la protección social en salud y la posibilidad de reincorporación, cuando cualquier miembro de la familia beneficiaria:</p> <p>I. Realice acciones en perjuicio de los propósitos que persiguen el Sistema de Protección Social en Salud o afecte los intereses de terceros;</p> <p>II. Haga mal uso de la identificación que se le haya expedido como beneficiario, y</p> <p>III. Proporcione información falsa sobre su nivel de ingreso en el estudio socioeconómico para determinar su cuota familiar y sobre su condición laboral o derechohabiencia de la seguridad social (art. 77 bis 40).</p> <p>Tanto en los supuestos de suspensión como de cancelación, los interesados conservarán los beneficios del Sistema de Protección</p>

			<p>Social en salud hasta por un plazo de 60 días naturales a partir de la fecha de la suspensión o cancelación (art. 77 bis 41).</p>
<b>BENEFICIOS DE SERVICIOS DE SALUD Y MEDICAMENTOS</b>		Ley General de Salud	<p>Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención. Las disposiciones reglamentarias establecerán los criterios para la secuencia y alcances de cada intervención (art. 77 bis 1).</p> <p>Mediante el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos se contemplan aquellos tratamientos y medicamentos asociados, definidos por el Consejo de Salubridad General, que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren (art. 77 bis 29).</p>
<b>MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO</b>		Ley General de Salud	<p><i>a) Aportaciones para el SPSS</i></p> <p>El Sistema de Protección social en Salud está financiado de manera solidaria por la Federación, los estados, el Distrito Federal y los beneficiarios (art. 77 bis 11).</p> <p>El Gobierno Federal cubre anualmente una cuota social por cada persona afiliada al Sistema (equivalente al 3.92% del SMGV para el Distrito Federal). Esta cantidad se actualiza anualmente de acuerdo con la variación anual observada en el Índice Nacional de Precios al Consumidor (art. 77 bis 12).</p> <p>El Gobierno Federal y los gobiernos de los estados y del Distrito Federal efectúan las aportaciones solidarias por persona beneficiaria. (I) La aportación de los estados y el Distrito Federal por persona es equivalente a la mitad de la cuota social. (II) La aportación solidaria del Gobierno Federal se realiza mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona. Esta última aportación debe representar al menos una y media veces el monto de la cuota social. La fórmula de cálculo para esta última debe contemplar criterios compensatorios (art. 77 bis 13).</p> <p>También se contempla la posibilidad de aportaciones adicionales a las señaladas en el párrafo anterior, las cuales necesariamente</p>

	<p>se canalizarán a través de las estructuras de los servicios estatales de salud (art. 77 bis 14).</p> <p>De la cuota social y las aportaciones solidarias la Secretaría canaliza anualmente el 8% de dichos recursos al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (art. 77 bis 17). Para tales efectos se constituye un fondo de reserva, sin límites de anualidad presupuestal, con reglas de operación definidas por la Secretaría de Salud (art. 77 bis 29).</p> <p>De la cuota social y las aportaciones solidarias, la Secretaría canaliza el 3% de dichos recursos para la constitución de una previsión presupuestal anual (2/3 partes para infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en los estados con mayor marginación social y 1/3 para atender las diferencias imprevistas en la demanda de servicios durante cada ejercicio fiscal, así como la garantía del pago por la prestación interestatal de servicios) (art. 77 bis 18).</p> <p>Los remanentes de la previsión presupuestal anual (que no hayan sido transferidos por la Secretaría a los Estados al concluir el ejercicio fiscal correspondiente) de destinan al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (art. 77 bis 18).</p> <p><i>b) Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad</i></p> <p>El Gobierno Federal establece el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, mediante el cual aporta recursos que serán ejercidos por los estados y el Distrito Federal para llevar a cabo las acciones relativas a las funciones de rectoría y la prestación de servicios de salud a la comunidad, conforme a los objetivos estratégicos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud (art. 77 bis 20)</p> <p>La Secretaría de Salud determina el monto anual de este fondo así como su distribución con base en la fórmula establecida en las disposiciones reglamentarias. Dicha fórmula debe tomar en cuenta la población total de cada estado y un factor de ajuste por necesidades de salud asociadas a riesgos sanitarios y otros factores relacionados con la prestación de servicios de salud a la</p>
--	--

			<p>comunidad (art. 77 bis 20).</p> <p><i>c) Cuotas Familiares</i></p> <p>Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud participan en su financiamiento con cuotas familiares que serán anticipadas, anuales y progresivas, que se determinarán con base en las condiciones socioeconómicas de cada familia, las cuales deberán cubrirse en la forma y fechas que determine la Secretaría, salvo cuando exista la incapacidad de la familia a cubrir la cuota, lo cual no le impedirá incorporarse y ser sujeto de los beneficios del Sistema (art. 77 bis 21)</p> <p>El Consejo de Salubridad General, con el objeto de favorecer el uso responsable de los servicios de salud, podrá establecer, mediante reglas de carácter general, un esquema de cuotas reguladoras para algunos servicios en razón de la frecuencia en su uso o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados (art. 77 bis 28).</p>
<b>AFILIACIÓN E INTEGRACIÓN DEL PADRÓN</b>		Ley General de Salud	<p>Corresponde a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal, identificar e incorporar beneficiarios al Régimen Estatal de Protección Social en Salud, para lo que ejercerá actividades de difusión y promoción, así como las correspondientes al proceso de incorporación, incluyendo la integración, administración y actualización del padrón de beneficiarios en su entidad (art. 77 bis 5, B), fracc. II).</p>
<b>FACULTADES</b>	<b>NORMATIVAS</b>	Ley General de Salud	<p>El Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, tiene la facultad de regular las acciones de protección social en salud (art. 13, fracc. VII bis).</p> <p>El Consejo de Salubridad General está facultado para analizar las disposiciones legales en materia de salud y formular propuestas de reforma y adiciones a la misma (art. 17, fracc. VIII).</p> <p>La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus competencias, establecerán los procedimientos para regular las modalidades de acceso a los servicios públicos a la población en general y a los servicios sociales y privados (art. 53).</p> <p>El Consejo de Salubridad General determina otros supuestos de titulares y beneficiarios del</p>

		<p>Sistema considerados como parte permanente o transitoria del núcleo familiar (art. 77 bis 4).</p> <p>Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de salud desarrollar y establecer las bases para la regulación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, para lo cual formulará un plan estratégico de desarrollo del Sistema, tomando en consideración la opinión de los estados y el Distrito Federal, a través del Consejo Nacional de Protección Social en Salud (art. 77 bis 5, A), fracc. I).</p> <p>Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, establecer el esquema de cuotas familiares, las cuales tendrán un incremento máximo anualizado de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor (art. 77 bis 5, A) fracc. VI).</p> <p>Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, definir el marco organizacional del Sistema de Protección Social en Salud en los ámbitos federal, estatal, del Distrito Federal y en su caso municipal (art. 77 bis 5, A) fracc. VIII).</p> <p>Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, establecer los lineamientos para la integración y administración del padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud (art. 77 bis 5, A) fracc. X).</p> <p>Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, definir los requerimientos mínimos para la acreditación de los centros públicos prestadores de los servicios inscritos en el Sistema (art. 77 bis 5, A) fracc. XV).</p> <p>Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, definir las bases para la compensación económica entre las entidades federativas, el Distrito Federal,, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud por concepto de prestación de servicios de salud (art. 77 bis 5, A) fracc. XVI).</p> <p>La Secretaría de Salud establecerá los requerimientos mínimos que sirvan de base para la atención de los beneficiarios del Sistema, para incrementar la calidad de los</p>
--	--	--

			<p>servicios (art. 77 bis 9)</p> <p>El Ejecutivo Federal establece mediante disposiciones reglamentarias, las reglas para las transferencias a los estados con cargo a la previsión presupuestal anual (art. 77 bis 18).</p> <p>El Ejecutivo Federal establece mediante disposiciones reglamentarias las variables que serán utilizadas en la fórmula de distribución de los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (art. 77 bis 20).</p> <p>Las disposiciones reglamentarias establecerán los lineamientos, para los casos en que por las características socioeconómicas de los beneficiarios éstos no aportarán cuotas familiares (art. 77 bis 21).</p> <p>Mediante Lineamientos la Secretaría determina los criterios para que los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud presenten los informes necesarios respecto del destino y manejo de las cuotas familiares (art. 77 bis 25).</p> <p>Elaboración de un instrumento estandarizado fijado a nivel nacional por la Secretaría, para determinar las cuotas familiares (art. 77 bis 25).</p> <p>El Consejo de Salubridad General podrá establecer, mediante reglas de carácter general, un esquema de cuotas reguladoras para algunos servicios en razón de la frecuencia en su uso o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados (art. 77 bis 28).</p> <p>La Secretaría de Salud emite el plan maestro al que se sujetan los servicios estatales de salud y los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud para la inversión en infraestructura médica (art. 77 bis 30).</p>
	<b>COORDINACIÓN Y ORGANIZACIÓN</b>	Ley General de Salud	<p>El Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, tiene la facultad de coordinar las acciones de protección social en salud (art. 13, fracc. VII bis).</p> <p>A los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades locales y en sus respectivas jurisdicciones, les corresponde organizar: la atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables; la protección social en salud; la atención materno-infantil,</p>

			<p>entre otros (art. 13, B., fracc. I).</p> <p>La Secretaría de Salud coordinará las acciones de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, los cuales contarán con la participación subsidiaria y coordinada de la Federación (art. 77 bis 2).</p> <p>Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de salud coordinar las bases para la regulación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, para lo cual formulará un plan estratégico de desarrollo del Sistema, tomando en consideración la opinión de los estados y el Distrito Federal, a través del Consejo Nacional de Protección Social en Salud (arts. 77 bis 5, A), fracc. I).</p>
	<p><b>EVALUACIÓN, SUPERVISIÓN Y CONTROL</b></p>	<p>Ley General de Salud</p>	<p>El Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, tiene la facultad de evaluar y supervisar las acciones de protección social en salud (art. 13, fracc. VII bis).</p> <p>Corresponde a la Secretaría de Salud vigilar y controlar la creación y funcionamiento de todo tipo de establecimientos de servicios de salud (art. 45).</p> <p>A los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades locales y en sus respectivas jurisdicciones, les corresponde supervisar y evaluar: la atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables; la protección social en salud; la atención materno-infantil, entre otros (art. 13, B., fracc. I).</p> <p>Corresponde a la Secretaría de salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de su competencia y en coordinación con las autoridades educativas, vigilar el ejercicio de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en la prestación de los servicios respectivos.</p> <p>Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de salud supervisar las bases para la regulación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, para lo cual formulará un plan estratégico de desarrollo del Sistema y aplicará, en su caso, las medidas correctivas que sean necesarias, tomando en consideración la opinión de los estados y el Distrito Federal, a través del Consejo</p>

		<p>Nacional de Protección Social en Salud (arts. 77 bis 5, A), fracc. I)</p> <p>Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría, validar la correcta integración del padrón de beneficiarios del Sistema (art. 77 bis 5, A) fracc. X). También podrá solicitarle al Consejo de Salubridad General el cotejo del padrón, contra los registros de afiliación de los institutos de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica (art. 77 bis 5, A), fracc. XI).</p> <p>Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría, evaluar el desempeño de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud y coadyuvar en la fiscalización de los fondos que los sustenten, incluyendo aquellos destinados al mantenimiento y desarrollo de infraestructura y equipamiento (art. 77 bis 5, A), fracc. XVII).</p> <p>Corresponde a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal, realizar el seguimiento operativo de las acciones del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en su entidad y la evaluación de su impacto, proveyendo a la Federación la información que al efecto le solicite (art. 77 bis 5, B), fracc. VI).</p> <p>Corresponde a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal, proporcionar a la Secretaría de Salud la información relativa al ejercicio de recursos transferidos, así como la correspondiente a los montos y rubros de gasto.</p> <p>La Secretaría de Salud rinde ante el Congreso de la Unión, al término de cada ejercicio, un informe pormenorizado sobre la utilización y aplicación de los recursos del fondo creado para constituir la previsión presupuestal anual (art. 77 bis 18).</p> <p>Los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud deberán presentar a la Secretaría, conforme a los lineamientos que establezca, los informes que sean necesarios respecto del destino y manejo de las cuotas familiares (art. 77 bis 22).</p> <p>El control y supervisión del manejo de recursos federales a que se refiere este Título quedará a cargo de las autoridades siguientes, en las etapas que se indican:</p> <p>I. Desde el inicio del proceso de presupuestación hasta la entrega de los recursos a los estados, corresponderá a la Secretaría de la Función</p>
--	--	--



			<p>Pública.</p> <p>II. Recibidos los recursos federales por los estados y el Distrito Federal, hasta su erogación total, corresponderá a las autoridades de control y supervisión interna de los gobiernos de los estados.</p> <p>III. La fiscalización de las cuentas públicas de los Estados se efectuará por el Congreso local que corresponda, por conducto de su órgano de fiscalización.</p> <p>IV. La Auditoría Superior de la Federación al fiscalizar la Cuenta Pública Federal, verificará que las dependencias del Ejecutivo Federal cumplieron con las disposiciones legales y administrativas federales (art. 77 bis 32).</p> <p>Cuando las autoridades estatales tengan conocimiento, en el ejercicio de sus atribuciones de control y supervisión, de que los recursos federales no han sido aplicados a los fines que señala la Ley, deberán hacerlo del conocimiento de la Secretaría de la Función Pública. Los órganos de fiscalización de los congresos locales lo harán del conocimiento inmediato de la Auditoría Superior de la Federación (art. 77 bis 32).</p>
	<b>CAPACITACIÓN</b>		
	<b>PROGRAMACIÓN DE RECURSOS</b>	Ley General de Salud	Corresponde a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal, programar, de las aportaciones para el Sistema de Protección Social en salud, aquellos que sean necesarios para el mantenimiento, desarrollo e infraestructura y equipamiento conforme a las prioridades que se determinen en cada entidad, en congruencia con el plan maestro que se elabore a nivel nacional por la Secretaría de Salud (art. 77 bis 5, B), fracc. IV).
	<b>ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS</b>	Ley General de Salud	<p>Las estructuras administrativas que establezcan de manera coordinada la Federación y las entidades federativas para la gestión de recursos materiales, humanos y financieros que aporten la Federación y los estados para la operación de servicios de salubridad general (art. 19). Estas estructuras administrativas tienen a su cargo la administración de los recursos que aporten las partes (art. 20, fracc. VI).</p> <p>Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, en su función rectora constituir, administrar y verificar el suministro puntual de la previsión</p>

			<p>presupuestal que permita atender las diferencias imprevistas en la demanda esperada de servicios y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (art. 77 bis 5, A), fracc. III).</p> <p>Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, transferir con puntualidad a los estados y al Distrito Federal las aportaciones que le correspondan para instrumentar los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (art. 77 bis 5, A), fracc. IV).</p> <p>Corresponde a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal, recibir y administrar las cuotas familiares de los beneficiarios del Régimen Estatal de Protección social en Salud, así como los demás ingresos que en razón de frecuencia en uso de los servicios o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociales, se impongan de manera adicional (art. 77 bis 5, B), fracc. V).</p> <p>El Gobierno Federal transfiere a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal los recursos que por concepto de cuota social y de aportación solidaria le correspondan, con base en los padrones de familias incorporadas, validados por la Secretaría de Salud (arts. 77 bis 12 y 77 bis 15).</p> <p>Los recursos de carácter federal a que se refiere el Título Tercero Bis de la Ley, se administran por los estados y el Distrito Federal conforme a sus propias leyes y con base en los acuerdos de coordinación. Los gobiernos registran los recursos como ingresos propios destinados específicamente a los fines establecidos para el Sistema (art. 77 bis 16).</p> <p>La Secretaría de Salud administra la previsión presupuestal anual (correspondiente al 3% de las aportaciones solidarias y la cuota social) y las transfiere conforme a las reglas que emita el Ejecutivo Federal (art. 77 bis 18).</p> <p>Las cuotas familiares y, en su caso, reguladoras, se reciben y administran por los Servicios Estatales de Salud a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (arts. 77 bis 22 y 77 bis 23).</p>
	<b>EJECUCIÓN DE RECURSOS</b>	Ley General de Salud	Corresponde a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal, aplicar de manera transparente y oportuna los recursos que sean transferidos por la Federación y las

			<p>aportaciones propias, para la ejecución de las acciones de protección social en salud, en función de los acuerdos de coordinación que para el efecto se celebren (art. 77 bis 5, B), fracc. III).</p> <p>Corresponde a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal, ejercer las cuotas familiares de los beneficiarios del Régimen Estatal de Protección social en Salud, así como los demás ingresos que en razón de frecuencia en uso de los servicios o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociales, se impongan de manera adicional (art. 77 bis 5, B), fracc. V).</p> <p>Con la finalidad de fortalecer el mantenimiento y desarrollo de infraestructura en salud, los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, a partir de las transferencias que reciban en los términos del Título Tercero Bis de Protección Social en Salud, deberán destinar los recursos necesarios para la inversión en infraestructura médica, de conformidad con el plan maestro que elabore la Secretaría (art. 77 bis 10).</p> <p>Los recursos de carácter federal a que se refiere el Título Tercero Bis de la Ley, se ejercen por los estados y el Distrito Federal conforme a sus propias leyes y con base en los acuerdos de coordinación. Los gobiernos registran los recursos como ingresos propios destinados específicamente a los fines establecidos para el Sistema (art. 77 bis 16).</p> <p>Los estados y el Distrito Federal ejercen los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (art. 77 bis 20).</p> <p>Las cuotas familiares y, en su caso, reguladoras, serán ejercidas por los Servicios Estatales de Salud a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (arts. 77 bis 22 y 77 bis 23).</p>
	<b>TUTELA DE LOS BENEFICIARIOS</b>	Ley General de Salud	Al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría, corresponde la tutela de los derechos de los beneficiarios del Sistema (art. 77 bis 5, A), fracc. XIV).
<b>PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>SUJETOS</b>	Ley General de Salud	<p>El Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, tiene la facultad de organizar y operar los servicios de salud a su cargo (art. 13, A., fracc. III).</p> <p>A los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades</p>

			<p>locales y en sus respectivas jurisdicciones, les corresponde operar:</p> <p>La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables; la protección social en salud; la atención materno-infantil, entre otros (art. 13, B., fracc. I).</p> <p>Instituciones de salud subrogadas con propósitos de complemento y apoyo recíproco (art. 8).</p> <p>Se entenderá por SPSS las acciones que en esta materia provean los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (art. 77 bis 2).</p> <p>Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, proveer servicios de salud de alta especialidad a través de los establecimientos públicos de carácter federal creados para tal efecto (art. 77 bis 5, A), fracc. II).</p> <p>Corresponde a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal, proveer los servicios de salud en términos del Título Tercero Bis de Protección Social en Salud, disponiendo de la capacidad de insumos y el suministro de medicamentos necesarios para su oferta oportuna y de calidad (art. 77 bis 5, B), fracc. I).</p> <p>Con el objetivo de fortalecer la infraestructura médica de alta especialidad y su acceso o disponibilidad regional, la Secretaría determinará aquellas unidades médicas de las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, que por sus características y ubicación puedan convertirse en centros regionales de alta especialidad o la constitución con recursos públicos de nueva infraestructura con el mismo propósito que provean sus servicios en las zonas que determine la propia dependencia (art. 77 bis 30). Estos centros regionales recibirán recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.</p>
	<b>MECANISMOS DE ACREDITACIÓN</b>	Ley General de Salud	La Secretaría de Salud, los estados y el Distrito Federal promoverán las acciones necesarias para que las unidades médicas de las dependencias y entidades de la administración pública, acrediten previamente su calidad. La acreditación de la calidad de los servicios prestados deberá considerar, al menos: prestaciones orientadas a la prevención y autocuidado, aplicación de exámenes preventivos, programación de citas para consulta, atención personalizada, integración de expedientes clínicos, continuidad de cuidados mediante referencias y contra-referencias, prescripción y surtimiento de medicamentos e información al usuario sobre diagnóstico y

			<p>pronóstico y orientación terapéutica (art. 77 bis 9).</p>
<p><b>MARCO CONVENCIONAL</b></p>		<p>Ley General de Salud</p>	<p>Las bases y modalidades del ejercicio coordinado de las atribuciones de la Federación y las entidades federativas en la prestación de servicios de salubridad general, se establecerán en los acuerdos de coordinación que suscriba la Secretaría de Salud con los gobiernos de las entidades federativas (art. 18).</p> <p>Convenios de prestación de servicios (art. 41).</p> <p>Acuerdos de coordinación celebrados por el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, y los gobiernos de los estados y el Distrito Federal, para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud. El Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, elabora el modelo nacional a que se sujetarán dichos acuerdos, en los que se determinarán, entre otros, los conceptos de gasto, el destino de los recursos, los indicadores de seguimiento de la operación y los términos de la evaluación integral del Sistema (arts. 77 bis 5, A), fracc. V y 77 bis 6). En estos acuerdos de coordinación se establecen los términos bajo los cuales se hace efectiva la concurrencia del Gobierno Federal y estatal para cubrir las aportaciones solidarias (art. 77 bis 13).</p> <p>El Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría, establece la forma y términos de los convenios que suscriban los estados y el Distrito Federal entre sí y con las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios (art. 77 bis 5, A), fracc. XII).</p> <p>El Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría, podrá suscribir convenios con las entidades públicas de seguridad social, a los efectos de intercambiar información y comprobar la situación de aseguramiento (art. 77 bis 5, A), fracc. XIII).</p> <p>Los gobiernos de las entidades federativas y el Distrito Federal podrá celebrar convenios entre sí y con instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios, en términos de las disposiciones y lineamientos aplicables (art. 77 bis, B), fracc. VII).</p> <p>Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas y el Distrito Federal celebrar convenios para promover la participación de los municipios en los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud y sus aportaciones</p>

	económicas, de conformidad con la legislación estatal aplicable (art. 77 bis 5, B), fracc. IX)
--	--

Como puede observarse de lo antes expuesto, existen importantes diferencias entre los tradicionales mecanismos de seguridad social y el Sistema de Protección Social en Salud. Dichas diferencias se observan desde los beneficiarios de cada subsistema, los derechos que ampara su afiliación, las facultades que se le conceden al Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Salud (que incluye tanto las facultades normativas como de evaluación, supervisión y control), los prestadores de servicios (salvo convenio en contrario) hasta los mecanismos de financiamiento. De tal forma que estas diferencias no sólo tienen repercusiones administrativas e institucionales, como los mecanismos de coordinación entre las diferentes instituciones que brindan servicios de protección social en salud, los costos administrativos y las duplicidades generadas como motivo de la movilidad laboral de los afiliados, sino también hacia los usuarios de los servicios de salud, quienes carecen de la posibilidad de acudir a los centros de atención médica y hospitalaria de su preferencia.

Adicionalmente, las diferencias se observan tanto en la naturaleza jurídica de cada uno de los subsistemas como el fundamento constitucional que los faculta. El IMSS es un organismo público descentralizado con personalidad y patrimonio propios, con un régimen de administración tripartita que incluye al Estado, a los trabajadores asegurados y a sus patrones y que funciona bajo dos regímenes (el Obligatorio y el Voluntario) con prestaciones, requisitos y contribuciones diferentes para cada uno de ellos<sup>2</sup>. De igual forma, el ISSSTE es un organismo público descentralizado, no sectorizado<sup>3</sup>, que al igual que en el caso anterior funciona bajo

<sup>2</sup> Véase la página oficial del Instituto Mexicano del Seguro Social:

<http://www.imss.gob.mx/instituto/pages/index.aspx>. Consulta realizada el 30 de octubre de 2012.

<sup>3</sup> El carácter no sectorizado del IMSS y del ISSSTE no sólo se desprende de las atribuciones que les otorgan sus propias legislaciones (la Ley del Seguro Social y la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, respectivamente), sino que además se le ha reconocido tal carácter por la propia Administración Pública Federal. A manera de ejemplo véase la “Relación de entidades paraestatales de la Administración Pública Federal sujetas a la Ley Federal de las Entidades Paraestatales y su Reglamento”, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de agosto de 2011,

el Régimen Obligatorio y Voluntario, aunque con un carácter bipartito, toda vez que rige las relaciones entre el Estado y sus trabajadores. En ambos casos se trata de instituciones de seguridad social cuyo fundamento se encuentra en el artículo 123, apartados A) y B) de la Constitución.

Por su parte, el Sistema de Protección Social en Salud comprende las acciones que en esta materia provean los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, mismos que están coordinados por la Secretaría de Salud. Para tales efectos, esta dependencia de la Administración Pública Federal cuenta con un organismo desconcentrado con autonomía técnica, administrativa y operativa, esto es, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, cuya función consiste en ejercer las atribuciones que le otorga su Reglamento Interior y demás disposiciones legales aplicables. Cabe decir que el Sistema de Protección Social en Salud está dirigido precisamente a todas aquellas personas que no cuenten con otros esquemas de seguridad social, de tal forma que se constituye en el mecanismo jurídico *ad hoc*, para dotar de efectividad el derecho a la protección de la salud consagrado en el artículo 4º constitucional.

Precisamente esta diferenciación en el fundamento constitucional tanto del IMSS e ISSSTE como del Sistema de Protección Social en Salud, hacen necesario que su integración se lleve a cabo a través de una reforma a nuestra Norma Fundamental, con la clara misión de vincular a los dos primeros, por lo que hace a su componente en salud, de manera directa y específica al artículo 4º constitucional. Lo anterior, sin que sea óbice para mantener su carácter de aseguramiento social en las prestaciones económicas y sociales que correspondan estrictamente al ámbito laboral.

---

emitido por el Procurador Fiscal de la Federación, en el cual tanto el IMSS como el ISSSTE aparecen en el apartado correspondiente a los Organismos Descentralizados No Sectorizados.

## Modelo de integración de los subsistemas de salud

### *Rectoría*

La propuesta permite ordenar las funciones de diseño y conducción de la política pública en salud. Al efecto, comprende una reorganización de las funciones rectoras que permitan diferenciar la definición de los objetivos y las metas, la fijación de las prioridades, el diseño normativo para la ejecución de la política pública, así como la recopilación y análisis de la información sobre el funcionamiento del sistema, de las funciones propias de la gestión de recursos. Por otro lado, también se consolidan las bases para el establecimiento de mecanismos que permitan homologar la calidad de los servicios de salud.

En otras palabras, se sugiere un desdoblamiento de las funciones de rectoría que permita distinguir los servicios de salud pública a cargo de la Secretaría de Salud de forma exclusiva, de los servicios personales de salud en el marco del Sistema Universal de Salud, bajo la rectoría compartida de la Secretaría de Salud y del Consejo de Salubridad General como se explica a continuación. En ambos casos, se definen las autoridades responsables de su conducción en sus distintos niveles.

La conducción del Sistema Universal de Salud estaría a cargo de dos órganos de gobierno con funciones claramente diferenciadas. Por una parte, tendríamos la función rectora de la Secretaría de Salud, a la cual le correspondería establecer el marco normativo del Sistema Universal de Salud, así como establecer las líneas generales de política pública a través de la concentración y análisis de la información disponible.

Por la otra, la función rectora del Consejo de Salubridad General consistiría en instrumentar los mecanismos que permitan homologar los servicios de salud y la calidad de los mismos, entre los que se incluyen tanto la acreditación y certificación de los prestadores de servicios de salud. En el marco de esta función,



el Consejo de Salubridad General sería el responsable de definir los criterios y estándares para la evaluación del desempeño.

Con el objeto de promover la creación de un fondo público centralizado de recursos, se sugiere que sea el Consejo de Salubridad General el órgano encargado de asignar dichos recursos a las instituciones, órganos o unidades que corresponda para que sean éstas quienes lo administren y ejecuten. Lo anterior bajo los lineamientos fijados por la Secretaría de Salud en el ejercicio de su función rectora.

Cabe decir que el otorgamiento de funciones de rectoría al Consejo de Salubridad General para la conformación del Sistema Universal de Salud presenta la ventaja de permitir una toma de decisiones democrática, con representación de cada uno de los actores relevantes para la integración. Sus decisiones serían adoptadas colegiadamente a través de la participación directa del Secretario de Salud, del Comisionado de Protección Social en Salud, del Director General del IMSS y del Director General del ISSSTE.

En síntesis, el desglose de las funciones de rectoría dentro del Sistema Universal de Salud quedaría de la siguiente manera:

Diseño de política pública	Secretaría de Salud
Información (expediente electrónico, datos sobre la población y en general datos sobre el funcionamiento de todas las instituciones de salud)	Secretaría de Salud
Padrón General de Afiliación	Secretaría de Salud
Normativa	Secretaría de Salud
Lineamientos y directrices	Consejo de Salubridad General
Homologación servicios y costos	Consejo de Salubridad General
Asignación de recursos	Consejo de Salubridad General
Cámara de compensación de servicios cruzados	Consejo de Salubridad General
Acreditación y certificación	Consejo de Salubridad General

Plan Maestro de Infraestructura	Secretaría de Salud
Evaluación de la política pública	Secretaría de Salud
Órgano de gobierno del CSG	Secretario de Salud Director del IMSS Director del ISSSTE Comisionado Nacional del SPSS Coordinador de los Institutos Nacionales de Salud

### *Financiamiento*

La propuesta comprende la creación de un fondo único de recursos destinados a los servicios personales de salud del Sistema Universal de Salud que garantice una asignación centralizada, a través del Consejo de Salubridad General, cuya gestión y destino se realice por cada uno de los órganos o instituciones del Sistema. Con ello se pretende garantizar el derecho a la salud mediante un financiamiento a cargo de una institución de carácter nacional, que concentre los recursos del Sistema y que cuente con autonomía de los propios prestadores de los servicios médicos. Los servicios de salud pública competencia de la Secretaría de Salud continuarán cubriendo con los recursos presupuestales que establezca el Presupuesto de Egresos de la Federación.

Por lo que se refiere a las fuentes de financiamiento del fondo único del Sistema Universal de Salud es necesario plantear, por lo menos, dos posibles escenarios:

*Escenario 1.* Parte del supuesto de que actualmente existe disponibilidad de recursos para la prestación de los servicios de salud cubiertos por cada uno de los órganos o instituciones que integrarían el Sistema Universal de Salud. Por lo tanto, este escenario no toma en consideración una reforma a corto plazo que modifique las fuentes de financiamiento.

En este escenario, como se ha señalado, los recursos estarían centralizados para su asignación en el Consejo de Salubridad General, lo cual implica la concentración en un fondo público de los recursos que actualmente obtienen tanto

el IMSS como el ISSSTE en su componente de servicios de salud, incluidos los recursos presupuestarios que se destinan al SPSS.

La asignación de los recursos se realizaría con base en una fórmula que tome en consideración el número de afiliados a cada subsistema. Esto es, el cálculo que corresponda a partir de la demanda de servicios y no de la oferta. Sin embargo, tomando en consideración que actualmente la cobertura de servicios de salud en el IMSS y en el ISSSTE tiene una base más amplia que la que proporciona el SPSS, es necesario distinguir dos tipos de cápita. Una cápita que comprenda un piso mínimo de servicios de salud (equivalente a los servicios que actualmente se cubren mediante el CAUSES y el FPGC en el SPSS) y una cápita complementaria para la cobertura de los servicios adicionales que prestan el IMSS y el ISSSTE. De tal forma que mientras la primera cápita, con un monto equivalente, se destinará a cada uno de los tres subsistemas, la cápita complementaria sólo se transferirá al IMSS y al ISSSTE.

Si bien materialmente el cálculo de la cápita complementaria se realizaría por cada uno de los Institutos de seguridad social, así como la Secretaría de Salud con base en la operación de los hospitales e institutos nacionales que coordina, la aprobación (y, por ende, la homologación) del monto a asignar correspondería al Consejo de Salubridad General.

Los servicios cruzados se pagarían vía compensación por evento.

*Escenario 2.* Este supuesto implicaría la reforma de los mecanismos actuales de financiamiento del IMSS y el ISSSTE por lo que hace a su componente en salud. En otras palabras, bajo un segundo escenario sería necesario eliminar el seguro de enfermedades y maternidad de las cuotas obrero patronales, por lo que hace al IMSS, y del fondo médico constituido con las aportaciones del Estado y las cuotas de sus empleados, por lo que se refiere al ISSSTE, con el objeto de

homologar sus mecanismos de financiamiento a través de las contribuciones generales a nivel federal.

Se diseñaría un paquete de servicios único para los afiliados a cualquiera de los tres subsistemas, cuidando la no regresividad de derechos para los afiliados al IMSS o al ISSSTE. La cápita para los tres subsistemas sería la misma.

En ambos escenarios se crearía un sistema de compensación por pago de servicios cruzados, a cargo del Consejo de Salubridad General.

### *Beneficiarios*

Uno de los principales objetivos que persigue la integración del Sistema Universal de Salud consiste precisamente en favorecer la portabilidad y estandarizar la calidad de los servicios sociales de salud, para que todos los mexicanos puedan acudir a los establecimientos o centros de atención médica de su preferencia con independencia de su afiliación inicial mediante el IMSS, el ISSSTE o el SPSS.

No obstante, con el objeto de incluir un proceso de adaptación que beneficie la adopción de decisiones de manera informada a través de la experiencia, se sugiere que la portabilidad de los derechos que conferiría el Sistema Universal de Salud adquiriera un carácter progresivo pero paulatino. Para tales efectos sería necesario establecer una etapa de transición que permita alcanzar de manera gradual el objetivo de portabilidad plena y libre elección del usuario respecto de los prestadores de servicios.

Esta primera etapa supondría una libertad de elección limitada por parte de los usuarios, de tal forma que sólo podrían acudir a los prestadores de servicios de salud de primer nivel de atención que les corresponden en razón de su afiliación original (sea IMSS, ISSSTE o el SPSS) y acceder al segundo y tercer nivel vía la referencia/contrarreferencia con base en los convenios específicos que se tengan

suscritos entre los propios subsistemas con la aprobación del Consejo de Salubridad General.

Una siguiente etapa, una vez que se haya consolidado la información de los usuarios mediante la integración de un Padrón General, basado en reportes periódicos de altas y bajas por parte de cada subsistema, se estaría en posibilidad de implementar la plena libertad de elección por parte de los usuarios para acceder a los servicios del primer nivel de atención. El segundo y el tercer nivel funcionarían a través de los mecanismos de referencias y contrarreferencias.

Un incentivo para hacer funcional el reporte de altas y bajas de afiliación a cada subsistema podría consistir en la condición de que si dichos reportes no se realizan dentro del plazo establecido para tales efectos, el costo por la atención del usuario correría a cargo del subsistema que no lo haya realizado en tiempo.

#### *Cobertura de los servicios de salud*

La cobertura tendría sustento en un paquete de servicios explícito.

Se mantendría un nivel de atención homogéneo para los tres subsistemas (tomado como piso los servicios que cubre actualmente el SPSS). Los beneficiarios del IMSS e ISSSTE mantendrían los servicios adicionales que la ley respectiva les otorga. Esto en atención al primer escenario señalado en el financiamiento.

El segundo escenario de financiamiento implicaría un reajuste presupuestario que podría ampliar el paquete de cobertura del SPSS, conservando su carácter explícito.

#### *Prestadores de servicios*

En principio, los prestadores de servicios de salud del Sistema Universal de Salud serían los que actualmente corresponden al IMSS, ISSSTE y al SPSS (incluidos

los hospitales e institutos nacionales que coordina la Secretaría de Salud), con la participación del sector privado a través de la celebración de convenios específicos, en los que participaría para su celebración y seguimiento el Consejo de Salubridad General.

Adicionalmente, tomando en consideración que el objetivo del Sistema Universal de Salud implica la cobertura universal mediante la eliminación de inequidad en el acceso a la salud, tanto preventiva como curativa, a través de un mecanismo de aseguramiento mediante la constitución de un fondo público único, se propone elevar a rango constitucional la eliminación de las cuotas de recuperación. Esta prohibición en nuestro texto constitucional permitiría reforzar el sistema de referencias y contrarreferencias dentro del Sistema Universal de Salud.

Como se propuso dentro del apartado correspondiente a los beneficiarios, sería necesario establecer un periodo de gracia que permita un proceso gradual de transición de los usuarios en los diferentes subsistemas. Mismo que ayudaría a conformar un Padrón General con información de los usuarios, basado en reportes periódicos de altas y bajas.

## PROPUESTA DE INICIATIVA PARA REFORMAR LOS ARTÍCULOS 4º Y 73, FRACCIÓN XVI DE LA CONSTITUCIÓN

### Elementos de la propuesta de reforma constitucional

Considerando que el propósito de la investigación consiste en presentar una propuesta de reforma hacia un Sistema Universal de Salud, es importante señalar los elementos de la misma, así como la estructura jurídica que ha de sustentarla.

Los elementos que se consideran en la propuesta son:

*Primero*, nuevo paradigma de derecho humano en la materia, entendido como el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, elemento que da respuesta a los compromisos convencionales adquiridos por nuestro país y que a partir de la reforma constitucional del 10 de junio de 2011 es obligación del Estado reconocer.

*Segundo*, obligación de protección y tutela jurídica del derecho a la salud a cargo del Estado.

*Tercero*, necesidad de lograr para todas las personas un acceso universal y de calidad a los servicios de salud con independencia de su relación laboral y para hacerlo efectivo determina la integración de los servicios de atención médica del subsistema de salud mediante la creación de un Sistema Universal de Salud.

*Cuarto*, determina los principios en los que se sustentará el Sistema Universal de Salud, como son el acceso universal, la equidad, calidad, apoyo financiero, progresividad, portabilidad e integración de los servicios de atención a la salud.

*Quinto*, señala los dos componentes del Sistema Universal de Salud, uno dedicado a la salud comunitaria y el otro a la salud de las personas.

*Sexto*, establece que los dos subsistemas del Sistema Universal de Salud se financiarán con recursos que asigne el Presupuesto de Egresos de la Federación.

*Séptimo*, define a los integrantes del Sistema Universal de Salud, siendo éstos la Secretaría de Salud, los servicios de salud que se presten en las instituciones públicas de la Federación, entidades federativas, municipios, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y las demás secretarías de salud e institutos que correspondan de las entidades federativas, así como los servicios que presten las entidades privadas.

*Octavo*, proporciona requisitos para ocupar la titularidad del Consejo de Salubridad General con objeto de que la designación recaiga en persona distinta a cualquiera de los responsables de los subsistemas de salud.

*Noveno*, explicita las facultades del Congreso de la Unión para dictar leyes sobre el Sistema Universal de Salud.

*Décimo*, siguiendo la técnica legislativa empleada en la reforma de 1983, se propone que el legislador definirá a través de una ley secundaria las bases y modalidades para el establecimiento del Sistema Universal de Salud, determine las características y los mecanismos para el financiamiento de los servicios que se presten y establezca la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

En cuanto a la estructura jurídica de la propuesta se valora la necesidad de plantear una reforma a la Constitución por la trascendencia de la misma y para determinar el nuevo paradigma al derecho a la protección de la salud en la Norma Fundamental. Asimismo, al reconocer la trascendencia de la reforma constitucional de 1983, se mantiene el párrafo cuarto del artículo 4° de la Constitución Política con las modificaciones que contienen las nuevas bases constitucionales.



Igual consideración se toma para la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución, ordenamiento que regula a la salud junto con el descrito en el párrafo anterior, modificando la citada fracción, así como su base 1ª. y adicionando una base 5ª.

Finalmente, en la estructura jurídica de la reforma se cuida que las disposiciones transitorias cumplan con su naturaleza jurídica de carácter adjetivo, por tanto se constriñen a fijar la entrada en vigor de la reforma; el plazo para el Congreso de la Unión para expedir la legislación para hacer cumplir lo dispuesto en la reforma; y el término con que contarán los Congresos de los Estados, y la Asamblea Legislativa del Distrito Federal para adecuar su legislación.

De conformidad con lo expuesto en el apartado anterior, sería necesario modificar la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con el objeto de integrar los elementos necesarios que permitan la creación y desarrollo institucional del Sistema Universal de Salud. En ese sentido, resulta imprescindible reformar y/o adicionar los artículos 4º y 73, fracción XVI de la Constitución.

La reforma constitucional debe tener por sustento la alineación del derecho fundamental a la protección de la salud con su reconocimiento en el Derecho Internacional, a la luz de lo dispuesto por el artículo 1º de nuestro Máximo Ordenamiento. Asimismo, se deben introducir las bases jurídicas que permitan integrar los diferentes subsistemas que conforman el Sistema Nacional de Salud. Por otra parte, es necesario dotar al Consejo de Salubridad General de facultades que le permitan constituirse en el órgano colegiado articulador del Sistema que se propone. De igual forma, es fundamental establecer criterios que permitan desglosar a través de la legislación secundaria las funciones rectoras que, en su caso, corresponderían tanto a la Secretaría de Salud como al Consejo de Salubridad General.

## Propuesta de reforma constitucional

De acuerdo con lo anterior, el proyecto de decreto para introducir las modificaciones que se proponen al texto constitucional quedaría como a continuación se indica:

**DECRETO por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia del derecho a la protección de la salud.**

**ARTÍCULO ÚNICO.- SE REFORMAN:** el párrafo cuarto del artículo 4; la fracción XVI del artículo 73; y la base 1ª. de la fracción XVI del artículo 73; **SE ADICIONA:** una base 5ª. a la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de Derecho a la Protección de la Salud, para quedar como sigue:

Artículo 4º. ...

...

...

Toda persona tiene derecho ***al disfrute del más alto nivel posible de salud, para lo cual el Estado tutelaré la protección de la salud como valor supremo del hombre, mediante la rectoría del Sistema Universal de Salud, basado en el acceso universal, la equidad, calidad, apoyo financiero, progresividad, portabilidad e integración de los servicios de atención a la salud.*** La Ley definirá las bases y modalidades ***para el establecimiento del Sistema Universal de Salud, determinará las características y los mecanismos para el financiamiento de los servicios que se presten*** y establecerá la concurrencia de la Federación y

las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Artículo 73°. ...

XVI.- Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración, **sistema universal de salud** y salubridad general de la República.

1ª. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, sus disposiciones generales serán obligatorias en el país. ***Su titular, designado por el Presidente de la República, no podrá ocupar en forma simultánea otro empleo, cargo o comisión.***

2ª. ...

3ª. ...

4ª. ...

***5ª. El Sistema Universal de Salud contará con dos subsistemas, uno dedicado a la salud comunitaria y el otro a la salud de las personas y se financiará con los recursos que le asigne el Presupuesto de Egresos de la Federación. El Sistema estará integrado por la Secretaría de Salud, los servicios de salud que se presten en las instituciones públicas de la Federación, entidades federativas, municipios, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y las demás secretarías de salud e institutos que correspondan de las***

***entidades federativas, así como los servicios que presten las entidades privadas. El Consejo de Salubridad General y la Secretaría de Salud dictarán las medidas necesarias para regular el funcionamiento del Sistema Universal de Salud, de conformidad con las atribuciones que les otorgue la Ley General en la materia.***

## TRANSITORIOS

**PRIMERO.** El presente Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

**SEGUNDO.** El Congreso de la Unión deberá expedir la legislación para hacer cumplir lo dispuesto en el presente Decreto, a más tardar en un año contando a partir de la entrada en vigor del mismo.

**TERCERO.** Los Congresos de los Estados y la Asamblea Legislativa del Distrito Federal deberán realizar las adecuaciones necesarias a su legislación secundaria, derivadas del presente Decreto en un plazo no mayor a un año, contado a partir de su entrada en vigor.

**CUARTO.** Se derogan todas las disposiciones que se opongan al presente Decreto.

### Implicaciones de la propuesta de reforma constitucional

Las propuestas de reforma a la Constitución que se plantean en este informe, para integrar el Sistema Universal de Salud, permitirían establecer, a través de la Ley General de Salud, la distribución de competencias en las dos categorías identificadas como materia de salud en México. Por una parte la salud comunitaria y, por la otra, la salud de las personas. La rectoría del Sistema Universal de Salud

estaría a cargo de la Secretaría de Salud y las facultades regulatorias estarían distribuidas entre esa Secretaría y el Consejo de Salubridad General.

El nuevo marco regulatorio propuesto permitiría conformar un Sistema Universal de Salud que integre los servicios de salud del SPSS, IMSS e ISSSTE, con lo cual se lograría avanzar en la estandarización y homologación de los procesos y procedimientos en materia de salud, así como en la implementación de políticas de salud análogas a través de la regulación.

De igual forma, esta propuesta pretende consolidar el marco existente respecto del Sistema de Protección Social en Salud, al incorporarlo como una pieza clave del Sistema Universal de Salud. De hecho, esta situación se manifiesta con el sostenimiento de la rectoría del Sistema en la propia Secretaría de Salud.

## CONCLUSIONES

La incorporación del Sistema de Protección Social en Salud al orden jurídico mexicano y su desarrollo en los últimos años reflejan la existencia de una política pública altamente exitosa en el ámbito de la salud pública en México. El modelo de protección social en salud sustentado en mecanismos como el Seguro Popular y el Seguro Médico para una Nueva Generación dan cuenta de una expansión sin precedentes en la historia de México en materia de prestación de servicios de salud.

La estructura sobre la que se implementó el Sistema de Protección Social en Salud también toma en consideración la relevancia de la operación concurrente entre el gobierno federal y los gobiernos de las entidades federativas para el establecimiento de una red que garantice la prestación de servicios a la población y sobre todo el financiamiento necesario para su atención. La operación cotidiana del sistema involucra transferencias de recursos, de información y flujos de personas que requieren atención en cualquiera de los tres niveles. Ello da cuenta de una compleja labor de coordinación.

En términos generales, los resultados que ofrece el Sistema de Protección Social en Salud son consecuencia de un proceso de diseño de políticas públicas en el área de salud cuyos primeros elementos pueden identificarse en acciones y propuestas elaboradas hace más de 25 años. Desde aquél entonces iniciaron planteamientos en torno a la integración de mecanismos que tuvieran como propósito la eventual integración de un sistema universal de salud. El Sistema de Protección Social en Salud es sin duda el avance más relevante en ese sentido.

Sin embargo, existen diversos aspectos que requieren de especial cuidado para el efectivo establecimiento del Sistema Universal en Salud. En primer lugar, parece necesario consolidar el esquema que permita establecer una instancia rectora del sistema encargada de diseñar las directrices necesarias para su conducción.

También es necesario promover el desarrollo de mecanismos regulatorios que permitan orientar y conducir al Sistema Universal de Salud. Finalmente, también es necesario garantizar la existencia de mecanismos de seguimiento y evaluación útiles para asegurar la existencia de calidad en los servicios y la definición de alternativas para la cobertura a la población.

El marco jurídico que regula la prestación de servicios de salud en México proporciona diversas herramientas para regular la operación de los prestadores de los servicios y establecer criterios para su interacción. No obstante, debe reconocerse que el esquema es limitado para lograr la implementación de un sistema universal de salud. En esas condiciones, resulta necesario hacer una serie de modificaciones al texto constitucional con el objeto de definir con claridad las funciones que se requieren para el establecimiento del sistema y los responsables para su ejecución. En ese sentido, es muy relevante retomar la función constitucional que se le otorga al Consejo de Salubridad General y a la Secretaría de Salud. Ambas instancias se constituyen como los pilares del Sistema. En el primer caso mediante la integración de un espacio con capacidad de regulación y de seguimiento. En el caso de la segundo a través de la consolidación de su función rectora y con las atribuciones regulatorias necesarias para la implementación de sus políticas.

Desde luego que el tema de la financiación del sistema permanece pendiente. No obstante, la operación del sistema de protección social en salud nos proporciona importantes avances en esa discusión. Los mecanismos para la implementación de herramientas que permitan resolver problemas de portabilidad y, en general, la efectiva protección de la salud de todas las personas en México, se encuentran claramente establecidos en la presente propuesta. Los niveles y la profundidad de su implementación dependerán de los factores que se empleen para la construcción de la política de Estado en materia de salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- Proyecto de Universalidad de los Servicios de salud, México: Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), 2012.
- México hacia la Integración del Sistema Nacional de Salud, Elaborado por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, México, 2010.
- Cárdenas Sánchez, Enrique (Dir.), *El México del 2012: Reformas a la Hacienda Pública y al Sistema de Protección Social*, México: Centro de Estudios Espinosa Yglesias (CEEY), 2012.
- Evaluación y Estrategias de Portabilidad y Convergencia hacia la Integración del Sistema Nacional de Salud, Resumen Ejecutivo, Instituto Nacional de Salud Pública, 2011.
- Chertorivski Woldenberg, Salomón, “De la seguridad social a la protección social”, México: 2009.
- Aguilera, Nelly y John Scott, “Análisis de la factibilidad de construir un sistema integrado de salud: implicaciones financieras y distributivas”, *Bienestar y Política Social*, vol. 7, núm. 1, pp. 25-48.
- Frenk, Julio, Eduardo González Pier, Octavio Gómez Dantés, Miguel Ángel Lezana y Felicia Marie Knaul, “Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México”, *Salud Pública de México*, vol. 49, suplemento 1 de 2007. [Versión original: Lancet 2006, núm. 368, pp. 1524-1534].
- González Pier, Eduardo, Mariana Barraza Lloréns, Cristina Gutiérrez Delgado y Armando Vargas Palacios (Coords.), *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*, segunda edición, México: Secretaría de Salud, Unidad de Análisis Económico, FUNSALUD, INSP y el FCE, 2006.