

UNIDAD III
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

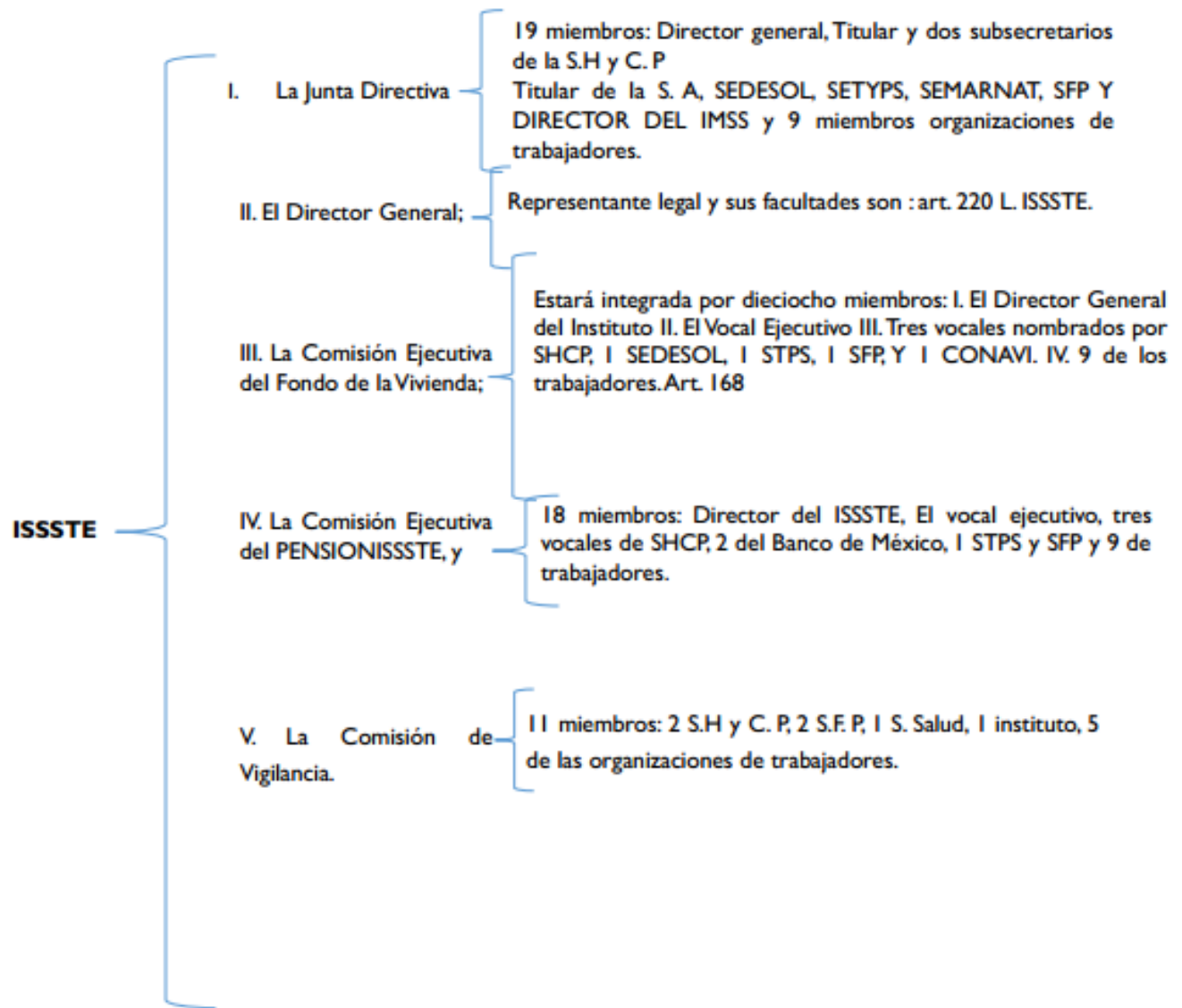
3.1.- Naturaleza Jurídica del ISSSTE. Estructura Órganos y principales funciones. Leyes de 75 y 2008.

ISSSTE.- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio que tiende a garantizar la seguridad social de los trabajadores al servicio del Estado.

FUNCIONES DEL ISSSTE. (ART. 208 LEY DEL ISSSTE)

El Instituto tendrá las siguientes funciones:

- I. Cumplir con los programas aprobados para otorgar los seguros, prestaciones y servicios a su cargo;
- II. Emitir las resoluciones que reconozcan el derecho a las Pensiones
- III. Determinar, vigilar, recaudar y cobrar el importe de las Cuotas y Aportaciones, así como los demás recursos del Instituto
- IV. Invertir los Fondos de las Reservas
- V. Adquirir o enajenar los bienes muebles e inmuebles
- VI. Establecer la estructura y funcionamiento de sus unidades administrativas
- VII. Administrar los seguros, prestaciones y servicios
- VIII. Difundir conocimientos y prácticas de previsión social;
- IX. Expedir los reglamentos para la debida prestación de los servicios y de organización interna;
- XI. Realizar toda clase de actos jurídicos



3.2.- Generalidades del régimen obligatorio y voluntario. Sujetos.

Este régimen abarca desde los diversos tipos de seguros, pasando entre otros, por la integración de salario, prestaciones en especie y en dinero, etc., hasta otras incorporaciones voluntarias al régimen obligatorio. La obligatoriedad se refleja tanto en la inscripción como en el pago de cuotas. El artículo 15 dispone que los patrones están obligados a registrarse e inscribir a sus trabajadores en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en un plazo no mayor de cinco días, así como a enterar el importe de las cuotas obrero-patronales. La omisión en el cumplimiento de este los hace merecedores de sanciones y responsabilidades.

SUJETOS DE ASEGURAMIENTO.

En forma general tenemos que además de los sujetos establecidos por el artículo 12 y 13 de la Ley del Seguro Social, este último manifiesta quienes pueden ser sujetos de aseguramiento al

régimen obligatorio de manera voluntaria, serán sujetos de aseguramiento quienes tengan estas características:

I. Personas vinculadas por relación de trabajo.

II. Socios de Sociedades Cooperativas.

III. Personas que el ejecutivo determine.

IV. Voluntarios. - Trabajadores en Industrial familiares y los independientes. -Empleados domésticos - Ejidatarios. - Trabajadores al servicio de las administraciones públicas de la Federación, Estados y municipios.

3.3.- Tipo de seguros del régimen obligatorio.

Este régimen obligatorio abarca los diversos tipos de seguros, pasando entre otros, por la integración de salario, prestaciones en especie y en dinero, etc., hasta otras incorporaciones voluntarias al régimen obligatorio. La obligatoriedad se refleja tanto en la inscripción como en el pago de las cuotas. El artículo 15 en su fracción I de la Ley del Seguro Social, dispone que los patrones están obligados a registrarse e inscribir a sus trabajadores en el Instituto, así como dar aviso de las altas y bajas, modificaciones de salario y los demás datos, en plazos no mayores de cinco días, así como a enterar el importe de las cuotas obrero-patronales. En caso de que se omita dicha disposición se harán merecedores de sanciones y responsabilidades.

El régimen Obligatorio se podría concebir como: “La forma o el medio, de afiliación con el Seguro Social, con el que cuenta el individuo”, caracterizado por ser sujetos de las mismas personas que como lo establece en sus tres fracciones el numeral 12 de la Ley del Seguro Social: 1.- Las personas que se encuentran vinculadas a otras, de manera permanente o eventual, por una relación de trabajo cualquiera que sea le acto que le dé origen y cualquiera que sea la personalidad jurídica o la naturaleza económica del patrón y aún cuando éste, en virtud de alguna ley especial, esté exento de pago de impuestos o derechos. 2. - Los miembros de sociedades cooperativas de producción, y 3.- Las personas que determine el ejecutivo Federal a través del Decreto respectivo, bajo los términos y condiciones que señala esta Ley.

Dentro de las reformas realizadas a dicha Ley se presenta en forma comparativa cuales fueron, dicha reforma se realizó el día 20 de Diciembre del año 2001, quedando como sigue.

ARTÍCULO 12

I. Las personas que se encuentren vinculadas a otras, de manera permanente o eventual, por una relación de trabajo cualquiera que sea le acto que le dé origen y cualquiera que sea la personalidad jurídica o la naturaleza económica del patrón y aún cuando éste, en virtud de alguna ley especial, este exento del pago de impuestos o derechos.

II. Los miembros de sociedades cooperativas de producción, y

III. Las personas que determine el Ejecutivo Federal a través del Decreto respectivo, bajo los términos y condiciones que señala esta Ley.

ARTÍCULO 12 REFORMA DEL 20/DICIEMBRE/2001

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 económica del patrón aún cuando éste, en virtud de alguna ley especial, esté exento del pago de contribuciones.

II. Los socios de sociedades cooperativas; y,

III. Las personas que determine el Ejecutivo Federal a través del decreto respectivo, bajo los términos y condiciones que señala la Ley del Seguro Social y los Reglamentos correspondientes.

Las características de los grupos señalados en el artículo 13 son determinadas por el Ejecutivo Federal quien determinará por decreto a propuesta del Instituto las modalidades y la fecha de incorporación; y se puede decir que la facultad que los artículos 13, 16 y 17 otorgan al Presidente de la República para expedir decretos de incorporación al Seguro Social, de los sujetos comprendidos en el primer precepto, carece de apoyo constitucional, por lo cual es discutible que pueda llevarla a cabo jurídicamente.

Dentro de este régimen se hace el señalamiento de quienes son sujetos de aseguramiento; como tales se entiende que: “Es la persona física protegida de manera obligatoria por un sistema de seguro social, de determinadas contingencias previstas en una ley de seguridad social”.

Por lo tanto y como se desprende del cuadro anterior tenemos como sujetos de aseguramiento los establecidos por el artículo 12 de la Ley del Seguro Social.

3.3.1.- El seguro de riesgos de trabajo.

A continuación, se dará inicio con el estudio de las ramas que constituyen el régimen Obligatorio dando inicio con una de las Ramas de Aseguramiento más relevante como lo es el Seguro de RIESGOS DE TRABAJO. Ya que esta rama va a cubrir los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en su centro laboral, así como de los que se pueden ocasionar al transportarse de su hogar al trabajo y viceversa.

El trabajo peligroso ha dado origen a la creación de las doctrinas del riesgo profesional y, como consecuencia, al siguiente principio: “Es responsabilidad patronal indirecta tanto la atención del trabajador que sufra un accidente o adquiera una enfermedad resultado del servicio desempeñado, como el pago de la indemnización que proceda según el resultado físico, mental o biológico del obrero, una vez determinado el grado de incapacidad que le sobrevenga”.

Por esta razón, aun cuando han variado algunos de los conceptos legales, el criterio de riesgo ha mantenido su esencia jurídica, y por tal motivo la legislación universal del trabajo continua considerando responsable al propietario de la empresa, sea persona física o jurídica, de cualquier alteración orgánica que sufra al acontecer un riesgo profesional, salvo que se demuestre que ha sido culpa del propio trabajador un accidente o resultado de causas ajenas al trabajo desempeñado, la presentación de una determinada enfermedad.

Durante el siglo pasado y al inicio del presente, el obrero que sufría un Accidente sólo percibía el pago de una determinada indemnización si demostraba que dicho accidente había sido consecuencia de la actividad laboral. Por su parte, la Enfermedad Profesional ni por asomo se estimaba un riesgo del trabajo, por lo que, de contraerla, el trabajador debía atenderse con sus propios medios, sin obtener ningún reconocimiento de la referida profesionalidad del mal contraído. Larga y penosa fue la lucha sindical para que fuese reconocido que los accidentes y enfermedades consecuencia del trabajo se considerasen responsabilidades de la industria, y correspondiera, por tanto, al patrón o empresario, la atención completa del trabajador que sufriera uno u otro. El origen histórico de los riesgos de trabajo, al igual que el derecho del trabajo, se dan a partir del nacimiento y consolidación de las sociedades industriales. Por lo que, en casi todos los países industrializados la política del Estado en materia de Seguridad Social y muy especialmente en lo referente al Riesgo de

Trabajo ha pasado por tres fases, que son las siguientes:

Predominaban las obras de caridad privadas, y la legislación sobre beneficencia pública cuidaba de los pobres bajo condiciones duras y poco dignas.

En una segunda etapa, después de las mutualidades y los regímenes de pensiones y prestaciones de enfermedades para los empleados públicos y para algunos trabajadores del sector privado, se instituyeron regímenes obligatorios más amplios que fueron cubriendo cada vez más contingencias y más ocupaciones.

En una tercera etapa se comienzan a incorporar nociones de prevención y universalidad, y se amplía la gama de servicios a fin de preservar y de elevar la calidad de vida de los gobernados.

Por su parte la Teoría del Riesgo Profesional se apoyó a partir de las primeras reuniones que tuvo la OIT durante los años de 1919 a 1921, en los siguientes elementos:

- 1.- La responsabilidad del empresario o patrón independiente.
- 2.- La aplicación de la ley, en principio, a los accidentes del trabajo (hubieron de transcurrir casi dos décadas para el reconocimiento pleno de la enfermedad profesional como riesgo).
- 3.- La distinción entre caso fortuito y fuerza mayor, a cuyo reconocimiento se opuso abiertamente la representación patronal.
- 4.- La exclusión de toda responsabilidad patronal cuando el accidente fuera debido a dolo del trabajador.
- 5.- El reconocimiento de la atención con cargo al empresario, del trabajador que sufriera un riesgo profesional y como consecuencia el pago de la indemnización posterior de resultar una incapacidad al accidentado.
- 6.- La idea de que el obrero tenía como única obligación al presentarse el riesgo, acreditar la relación entre el accidente y el trabajo. El criterio en que se apoyó tal determinación internacional no tuvo resultados inmediatos, pero en pocos años se impuso ante la fuerza adquirida por los trabajadores.

La base de dicho criterio es por una parte, la idea de que toda actividad laboral supone un peligro subyacente, esto es, la máquina, el equipo, el lugar, el ambiente, todo en su conjunto constituye un riesgo permanente, aún cuando se adopten las medidas indispensables para que no se presente; por otra parte, no se pretende considerar al patrón causante directo del riesgo, ya que éste es consecuencia del progreso industrial, pero sí lo es de la obligación que le impone al trabajador de las contingencias resultantes del trabajo. La producción industrial expone directamente al trabajador al riesgo, y por ello como consecuencia lógica, corresponde al patrón, por ser él quien recibe los beneficios de la producción, la obligación de indemnizar a la víctima cuando se realiza el riesgo, sin que deba considerarse si el trabajador cometía una falta susceptible de engendrar su responsabilidad. En otras palabras, la indemnización debe formar parte de los gastos ordinarios de la empresa.

Según el doctrinista Florence Sagán, las causas técnicas y humanas de los accidentes en el trabajo son:

I).- Accidentes debidos a una causa anormal proveniente del material.

a).- Accidentes que la inteligencia humana no puede prever o evitar a tiempo.

b).- Lo que se pueden prever mediante una gran atención.

c).- Los que pueden ser evitados por una reacción muy rápida.

d).- Los que pueden ser previstos por una gran atención y evitarlos por rápida reacción.

II).- Accidentes previstos por un acto anormal del trabajador, originado por una falta de coordinación o una distracción positiva cuando el trabajador debía estar atento.

a).- Por efecto del agotamiento, resultado de las condiciones anormales del trabajo.

III).- Accidentes debidos a una causa anormal proveniente del material; pero provocada por el trabajador, mismo que resulte víctima.

Por su parte, otros tratadistas indican que los hechos que más comúnmente provocan el riesgo, son los siguientes:

a).- Debilidad en la constitución física del trabajador.

b).- Alimentación insuficiente o inadecuada, sobre todo cuando se trata de personas que deben realizar trabajos pasados.

c).- Enfermedades internas de nutrición o tóxicas, aunque compatibles con la capacidad de trabajo.

d).- Mutilaciones por lesiones o trastornos funcionales compatibles con la capacidad del trabajo. (Ciertas limitaciones).

e).- Disminución de la función de ciertos órganos como vista, oído, etc.

f).- Imperfecta integridad del sentido muscular (falta de coordinación).

g).- Deficiencia de las facultades intelectuales.

h).- Estados psíquicos especiales de las personas aparentemente normales.

i).- Predisposición individual de fatiga precoz y al agotamiento durante el trabajo.

j).- Preocupaciones diversas por razones ajenas al trabajo.

k).- Evaluación incorrecta del peligro en el curso del trabajo; el obrero se vuelve imprudente, temerario.

l).- Miedo exagerado al accidente; un trabajo mortificante genera tensión y fatiga que se traduce en peligro para el individuo y sus compañeros.

m).- Descanso insuficiente durante la jornada, principalmente en el caso del turno nocturno.

Otras de las causas que pueden originar un accidente pueden ser las siguientes:

1.- Negligencia y desatención del trabajador.

2.- Desprecio por más medidas de seguridad existente o conocida.

3.- Deseo de ganancia. Cuando las medidas de seguridad hacen más lento el proceso y el pago depende del volumen de producción.

La negligencia, el descuido y la desatención que tanto contribuyen a aumentar los riesgos de trabajo son los factores más difíciles de erradicar.

Desde un punto de vista particular, hay que señalar que en muchas ocasiones al tener asegurados a los trabajadores contra riesgos de trabajo, hace que el patrón descuide la adopción y aplicación estricta de los medios de prevención y protección que deben existir en toda empresa. Ya que se atienden, diciendo: "al fin que el Seguro paga". Pero lo que debe tener en consideración es que al contar con un buen sistema de prevención y protección le retribuiría más en forma económica, porque no se vería tanto en la necesidad de tener que cubrir las cuotas que por tal rama corresponden, y en segundo lugar no habría la necesidad, en el caso de que se incapacitara el trabajador en forma permanente, tener que capacitar a un nuevo trabajador y sería más estable la fuente de trabajo.

Además, es ilógico que el IMSS responda y repare el daño que ocasiona un accidente, porque es otra entidad quien vigila, inspecciona y sanciona sobre las medidas de seguridad e higiene, es decir, la Autoridad Laboral; para evitar este tipo de situaciones, dichas funciones debería desempeñarlas exclusivamente el Seguro Social que es a quien directamente le afecta.

El Riesgo de Trabajo está definido como: "Los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo.

Los Riesgos de Trabajo se dividen, como se puede apreciar en la definición en: Accidentes y Enfermedades.

Accidente de Trabajo la legislación mexicana señala que es: "Toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en el ejercicio, o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el tiempo y lugar en que presente".

Además, se considera como Accidente de Trabajo, el que sufre el trabajador al trasladarse de su casa al trabajo y viceversa.

Enfermedad de Trabajo: Se entiende por éste que "Es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo, o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios".

Además, señala que serán consideradas como enfermedades de trabajo todas las que estén consignadas en la Ley Federal de Trabajo.

Para que se considere una enfermedad profesional debe existir una relación de causa efecto entre el estado patológico de quien lo sufre y el trabajo mismo, el cual tenga su origen en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar su trabajo o que sea motivado por el trabajo. Este es el caso de Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela.

Los Riesgos de Trabajo pueden producir las siguientes consecuencias:

1.- Incapacidad Temporal, la cual se entiende como la “pérdida de facultades o aptitudes que imposibilita parcial o totalmente a una persona para desempeñar su trabajo por algún tiempo”.

2.- Incapacidad Permanente Parcial, es “la disminución de facultades o aptitudes de una persona para trabajar, (Ejemplo: pérdida de algún miembro)”.

3.- Incapacidad Permanente Total, esta es considerada como: “la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona que la imposibilita para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida”.

No obstante, en la Legislación Mexicana se señala la existencia “de estados anteriores tales como idiosincrasias, taras, intoxicaciones o enfermedades crónicas no es causa para disminuir el grado de la incapacidad temporal o permanente, ni las prestaciones que corresponda al trabajador”. Esta consideración del legislador es importante para aquellos trabajadores que son propensos a contraer enfermedades profesionales. Si éstas se presentan, se deberá considerar la situación del trabajador afectado como riesgo de trabajo porque la enfermedad del trabajador se originó en la empresa.

Al respecto habrá que considerar que tan legales son los exámenes médicos que algunas empresas realizan a los trabajadores que pretenden contratar. Asimismo, se señala que las consecuencias posteriores producidas por los riesgos de trabajo se tomarán en cuenta para considerar el grado de la incapacidad.

4.- La muerte.

ACCIDENTE DE TRABAJO

Accidente de Trabajo la Legislación Mexicana señala que es: Toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en el ejercicio, o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el tiempo y lugar en que presente. Además se considera como tal, el que sufre el trabajador al trasladarse de su casa al trabajo y viceversa.

La Enfermedad Profesional, son los padecimientos derivados de las actividades laborales del paciente; ésta no es fácil determinarla y exige para su comprobación la opinión del médico, requiriendo elementos técnicos con cierto grado de credibilidad.

Enfermedad de Trabajo es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo.

PRESTACIONES EN ESPECIE Y EN DINERO.

Cuando se presenta alguna de estas contingencias, el trabajador podrá recibir las siguientes prestaciones tanto en especie como en dinero, mismas que el Instituto tendrá que proporcionarle:

Prestaciones en Especie:

- Asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica.
- Servicios de hospitalización.
- Prótesis y ortopedia.

- Rehabilitación.

Prestaciones en Dinero:

- Recibirá el 100% en que estuviese cotizando mientras dure la inhabilitación, entre tanto no se declare la incapacidad parcial o total por 52 semanas.

Término. - Mientras no se declare que se encuentra capacitado para trabajar o se declare la incapacidad permanente. En caso de que el asegurado sufra una recaída después de haber sido dado de alta con motivo del mismo, tendrá derecho a gozar del subsidio de 100% del salario en que estuviese cotizando en el momento de ocurrir el riesgo, en tanto esté vigente su condición de asegurado.

- Recibirá una pensión mensual definitiva correspondiente al monto equivalente al 70% del salario que estuviere cotizando al momento de ocurrir el riesgo. En el caso de enfermedades de trabajo se calculará con el promedio del salario base de cotización de las cincuenta y dos últimas semanas o las que tuviere para calcular el monto de la pensión.

- Incapacidad permanente parcial, cuando ésta es superior al 50% el asegurado recibirá una pensión que será otorgada por la Institución de seguros que elija; la pensión se calculará conforme a la tabla de valuación de incapacidad contemplada en la Ley Federal del Trabajo. (Ejemplo: Por la pérdida de los cinco dedos de una mano, de 60 a 70%; es decir, si el salario base de cotización es de \$100.00 diarios por 30 días (un mes), el sueldo mensual es de \$3,000.00; esta cantidad deberá multiplicarse por 70 (equivalente a 70%), entonces la pensión que deberá pagarse al trabajador será de \$2,100 mensuales).

Limitaciones.- Cuando se reúnan dos o más incapacidades parciales, el asegurado o sus beneficiarios no tendrán derecho a recibir una pensión mayor de la que hubiese correspondido a la incapacidad permanente total. Se darán 15 días del importe de la pensión como aguinaldo anual es decir la cantidad de \$1,050.00 (la cual resulta de dividir el monto de \$2,100: 30 días = 70 pesos diarios x 15 días de aguinaldo = \$1,050.00)

- En caso de que la evaluación definitiva de la Incapacidad fuese de hasta el 20% se pagará en substitución de la pensión, una indemnización global equivalente a 5 anualidades de la pensión que le hubiese correspondido; misma que será optativa para el trabajador.

(Ejemplo: si por una incapacidad de 20%, el trabajador tuviese derecho a percibir una pensión mensual de \$189.00, el finiquito deberá ser de \$11,340.00 ($\$189 \times 12 \times 5 = \$11,340.00$); para el trabajador será optativo si la valuación definitiva de la incapacidad es mayor de 25 y hasta 50%)

- En caso de que sea declarada la Incapacidad total, el monto total que sirve de parámetro para el cálculo de éstas pensiones, es el equivalente a 1,095 días de salario, según el artículo 495 de la Ley Federal del Trabajo. A este total se aplicará el procedimiento que corresponda en cada caso. La pensión que se otorgue siempre será superior a la que se otorgue por Invalidez, además comprenderá las asignaciones familiares y la ayuda asistencial, así como cualquier otra prestación a que tenga derecho. Se pagarán 25 días del importe de la pensión que reciba como aguinaldo anual.

- Si se declara la Incapacidad permanente sea parcial o total, se concederá al trabajador asegurado la pensión correspondiente, con carácter de provisional, por un período de adaptación de dos años,

durante el transcurso del mismo tanto el trabajador como el Instituto podrán solicitar se realice una nueva revisión de la incapacidad, con el fin de modificar el monto de la cuantía. Transcurrido el período de adaptación, se otorgará la pensión definitiva.

REGLAS COMUNES A LAS INCAPACIDADES PERMANENTE PARCIAL Y TOTAL.

a).- Pensión provisional y definitiva.- Se le otorga al asegurado la pensión que le corresponda, con carácter provisional, por un periodo de adaptación de dos años, transcurrido éste, la pensión será definitiva.

b).- Rehabilitación posterior.- Cuando el asegurado al que se la haya declarado una incapacidad permanente parcial o total que le dé derecho a la contratación de la renta vitalicia y del seguro de sobrevivencia, se rehabilite y le tenga un trabajo remunerado que le proporcione un ingreso, cuando menos, equivalente a 50% de la remuneración habitual que hubiere percibido de continuar trabajando, ya no tendrá derecho al pago de la pensión por parte de la aseguradora.

- En caso de muerte del asegurado el Instituto calculará el monto Constitutivo al que le restará los recursos acumulados a la Cuenta Individual y se determinará la suma asegurada que el IMSS deberá cubrir a la institución de seguros, para obtener la pensión, ayudas asistenciales y demás prestaciones económicas previstas para los beneficiarios.

Respecto de las prestaciones y pensiones el trabajador podrá recibir las siguientes:

Pensiones y Prestaciones:

- Pensión por muerte: El pago de una cantidad igual a 60 días de salario mínimo vigente general que rija en el Distrito Federal en el día del fallecimiento. Esta se otorgará a la persona preferentemente familiar que presente copia del acta de defunción y la cuenta original de los gastos de funeral.

- Pensión de viudez: A la viuda del asegurado se le otorgará pensión equivalente al 40% de la que hubiese correspondido a aquel, tratándose de incapacidad permanente total. La misma pensión corresponde al viudo o concubinario que hubiera dependido económicamente de la asegurada. (Ejemplo: si por incapacidad permanente total le hubiese correspondido al asegurado una pensión de \$2,100.00, la viuda gozará de una pensión de \$840.00 ($\$2,100 \times .40 = \840.00).

- Pensión por orfandad: A cada uno de los huérfanos que lo sea de padre o madre, que sean totalmente incapaces, se les otorgará una pensión equivalente al 20% de la que hubiese correspondido al asegurado tratándose de incapacidad permanente total.

(Ejemplo: $\$3,000 \times .20 = \600.00)

- Se otorgará el 20% a los huérfanos de padre o madre menores de 16 años y hasta 25 años si están estudiando. (Ejemplo: $\$2,100 \times .20 = \420.00)

- El monto se elevará a 30% a los huérfanos, hasta los 16 años, de padre y madre, mismo que le hubiere correspondido al asegurado tratándose de incapacidad permanente total.

(Ejemplo: $\$2,100.00 \times .30 = \$ 630.00$.) Se podrá extender esta pensión, en su caso, a los mayores de 16 y hasta los 25 años de edad, si se encuentran estudiando en planteles del sistema educativo nacional.

Finiquito.- Al término de las pensiones de orfandad se otorgará al beneficiario un pago adicional de tres mensualidades, con lo que se liquidará y terminará la pensión. Se extinguirá cuando el huérfano recupere su capacidad para el trabajo. Los hijos pensionados recibirán además un aguinaldo de 15 días del importe de la pensión que perciban.

- Pensión a ascendientes: Si no hay viuda (o), huérfanos, concubina (rio), el 20% de la pensión corresponderá a los ascendientes. Condiciones que deben cubrirse para que la puedan recibir:

a).- Que al morir el asegurado no existan los siguientes beneficiarios: esposa (o), concubina o concubinario e hijos; y

b).- Que los ascendientes hubiesen dependido económicamente del trabajador fallecido (declarados beneficiarios por la Junta de Conciliación y Arbitraje respectiva). El monto de la pensión para cada ascendiente será del 20% que hubiera correspondido al asegurado en caso de incapacidad permanente total. Ejemplo: ($\$2,100.00 \times .20 = \420.00 para cada uno de los ascendientes).

Por último, recibirán un aguinaldo correspondiente a 15 días de la pensión que perciba.

DEL RAMO DE ENFERMEDADES.

ENFERMEDAD.- Estado patológico que disminuye o cancela las posibilidades orgánico funcionales de nuestro organismo. Conjunto de trastornos funcionales o de lesiones anatómicas, que expresan la reacción del organismo al ataque de un agente morbigeno interno o externo. Alteraciones o desviaciones del estado fisiológico en toda la economía del organismo o en alguna de sus partes. Es la pérdida o ausencia de la salud.

A continuación se menciona quienes son Sujetos de Aseguramiento de esta rama:

a) El asegurado (a).

b) El pensionado por incapacidad permanente total o parcial, invalidez, cesantía en edad avanzada y vejez; viudez, orfandad o ascendencia.

c) La esposa o concubina del asegurado.

d) La esposa del pensionado por incapacidad permanente total o parcial, invalidez, o cesantía en edad avanzada y vejez.

A falta de la esposa, la concubina (y, en su caso, el esposo o concubinario).

e) Hijos menores de 16 años que disfruten de asignaciones.

f) Los hijos del asegurado cuando no puedan mantenerse por su propio trabajo debido a una enfermedad crónica, defecto físico o psíquico, hasta en tanto no desaparezca la incapacidad que padecen, o hasta la edad de 25 años, cuando realicen estudios en planteles del sistema educativo nacional.

g) Los hijos mayores de 16 años de los pensionados por invalidez, cesantía en edad avanzada y vejez, que se encuentren disfrutando de asignaciones familiares, así como los de los pensionados por incapacidad permanente.

h) El padre y madre del asegurado que vivan en el hogar.

i) Padre y madre del asegurado o pensionado por incapacidad permanente total o parcial, invalidez, cesantía en edad avanzada y vejez, si dependen económicamente de él.

El Instituto Mexicano del Seguro Social será el otorgante directa o indirectamente por medio de convenios que suscribirá con organismos públicos o privados.

En caso de ser enfermos ambulantes, el tratamiento médico no les impedirá trabajar y en el de pensionistas el tratamiento de una misma enfermedad se continuará hasta su curación no aplicando el término de 52 semanas.

Cuando la enfermedad incapacite al trabajador, éste tendrá derecho a que se le otorgue una licencia con goce de sueldo o medio sueldo, según lo manifiesta la Ley Federal del Trabajo vigente. Si vence la licencia con medio sueldo y sigue la incapacidad se concederá al trabajador licencia sin goce de sueldo mientras dure la incapacidad, hasta por 52 semanas contadas desde que se inició ésta.

Durante la licencia sin goce de sueldo, el Instituto cubrirá al asegurado un SUBSIDIO en dinero equivalente al 50% del sueldo básico que perciba el trabajador al ocurrir la incapacidad.

Solo se otorgará una prestación económica denominada SUBSIDIO, por tratarse de un derecho generado por las generaciones que reúnan cuando menos cuatro cotizaciones semanales o seis si se trata de trabajadores eventuales, equivalentes al 60% del salario base de cotización a partir del 4º día de inhabilitación y hasta por el término de 52

semanas que podrían prorrogarse por 26 semanas, en caso de continuar la condición patológica del asegurado.

Se tendrá como fecha de iniciación de la enfermedad, aquella en que el Instituto certifique el padecimiento. En caso de hospitalización del asegurado el subsidio se podrá pagar a sus beneficiarios. Si el asegurado se niega a hospitalizarse o se niega el tratamiento médico, se suspenderá el pago del subsidio.

Requisitos para obtener la prestación.

1.- Ser asegurado, pensionado o beneficiario. 2.- Que se haga la Certificación del padecimiento por parte del IMSS. 3.- Sujetarse a las prescripciones y tratamientos médicos que el Instituto establece. 4.- Los beneficiarios mencionados en los incisos del c) al h), tendrán derecho a las prestaciones respectivas, si reúnen, además, los siguientes requisitos: a).- Que dependan económicamente del asegurado o pensionado. b).- Que el asegurado tenga o haya tenido derecho a las prestaciones por asistencia médicoquirúrgica, farmacéutica y hospitalaria.

Prestaciones en Especie:

Se tendrá derecho a: Asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que sean necesarias.

Término.- Se determinará como fecha de iniciación de la enfermedad en la que el IMSS certifique el padecimiento (o enfermedad) y durante el plazo, el tiempo que dure el tratamiento curativo que le permita continuar en el trabajo y seguir cubriendo o las cuotas correspondientes.

En el caso de los beneficiarios señalados en el inciso h) (padre y madre), comenzará desde el día del fallecimiento del asegurado o pensionado y cesará con la muerte del beneficiario o cuando haya alcanzado la edad límite para disfrutarlo (hasta 16 o 25 años, según sea el caso).

Los padres del asegurado o pensionado fallecido conservarán el derecho a los servicios de asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria.

Prórroga.- Si concluye el periodo de 52 semanas y el asegurado continúa enfermo, la prórroga únicamente será hasta por 52 semanas más (previo dictamen médico).

Prestaciones en Dinero:

Para calcular el monto del subsidio a los asegurados se tomará como base el último Salario Base de Cotización al cual se aplicará el 60%, mismo que se otorgará cuando la enfermedad lo incapacite para el trabajo.

Término.- A partir del cuarto día del inicio de la incapacidad y mientras dure ésta, hasta el término de 52 semanas.

Prórroga.- Si se concluye el periodo y el asegurado continúa incapacitado, previo dictamen del IMSS, y será por un término hasta de 26 días más.

Para percibir el subsidio cuando tenga cubiertas por lo menos cuatro cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad.

Con respecto de los trabajadores eventuales, estos percibirán el subsidio cuando tengan cubiertas seis cotizaciones semanales en los últimos cuatro meses anteriores a la enfermedad.

Suspensión.- Ésta se podrá dar por cualquiera de los supuestos siguientes:

a).- Por incumplimiento por parte del enfermo a la indicación del IMSS de someterse a hospitalización.

b).- Cuando el enfermo interrumpa el tratamiento sin la autorización debida.

DEL RAMO DE MATERNIDAD.

Maternidad: Son las prestaciones que se otorgan a la beneficiaria de este seguro, con motivo del embarazo, alumbramiento y puerperio.

Beneficiarias de este ramo:

a).- La asegurada.

b).- La esposa del asegurado y a falta de ésta la concubina.

c).- La esposa del pensionado por incapacidad permanente total o parcial, invalidez o cesantía en edad avanzada y vejez. A falta de la esposa, la concubina.

A partir del día en que el IMSS certifique el embarazo donde se señalará la fecha probable de parto, con la finalidad de computar las 42 semanas anteriores y las 42 semanas después del parto; debiéndose sujetar a los tratamientos del IMSS. Las prestaciones que este ramo otorga a la asegurada y beneficiarias son:

Prestaciones en Especie:

- Asistencia obstétrica.
- Ayuda en especie por seis meses para lactancia.
- Una canastilla al nacer el hijo (esta prestación se da únicamente a las trabajadoras)

Término. - Se otorgará durante el embarazo, alumbramiento y puerperio.

Prestaciones en dinero:

- Solamente la asegurada Recibirá el 100% de su último salario base de cotización.

Término. - La asegurada recibirá dicha prestación durante los 42 días anteriores al parto y 42 posteriores al mismo.

Prórroga. - Si la fecha fijada por los médicos del IMSS no concuerda exactamente con la del parto, deberá cubrirse a la asegurada los subsidios correspondientes por 42 días posteriores al mismo, sin importar que el periodo anterior al parto se haya excedido. Los días en que haya prolongado el periodo anterior al parto, se pagarán como continuación de incapacidades originadas por enfermedad.

Requisitos para que la asegurada tenga derecho al subsidio anterior.

A).- Tener 30 semanas cotizadas en los 12 meses anteriores a la fecha en que debiera comenzar a pagar el subsidio.

B).- Que el IMSS haya certificado el embarazo y fecha probable de parto.

C).- No tener otro trabajo mediante retribución durante los periodos anteriores y posteriores al parto.

Si no se tienen las 30 semanas cotizadas de ley, el patrón pagará el salario.

Existen algunas limitaciones en el caso de las beneficiarias por este seguro, señaladas en los incisos B) y C), tendrán derecho a las prestaciones respectivas si reúnen, además, los siguientes requisitos:

1.- Que dependan económicamente del asegurado o pensionado.

2.- Que el asegurado tenga derecho a las prestaciones por asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria.

Si la asegurada estuviera percibiendo otro subsidio, se cancelará el que sea de menor cantidad.

El ramo de enfermedades y maternidad comprende, además, lo que se refiere a gastos funerarios, mismos que tendrán que cubrir las siguientes condiciones para que sean otorgados a la beneficiaria:

Gastos de Funeral:

a).- Que fallezca un pensionado o un asegurado teniendo reconocidas cuando menos 12 semanas cotizadas en los 9 meses anteriores al fallecimiento.

b).- Que una persona, preferentemente familiar del asegurado o del pensionado, presente copia del acta de defunción y la cuenta original de los gastos del funeral.

El monto de la ayuda por este concepto por parte del IMSS será el equivalente a 2 meses de salario mínimo general vigente en el Distrito Federal en la fecha del fallecimiento.

3.3.2.- El seguro de Invalidez.

En esta rama los riesgos protegidos son: la Invalidez y la muerte del asegurado o del pensionado por invalidez. El estudio de esta rama es muy importante debido que a partir de la reforma realizada a la Ley del Seguro Social en 1997 se dio un gran giro respecto a quienes serían los encargados de administrar los fondos para el caso de retiro, así como de la administración y manejo de las pensiones.

Existe invalidez cuando el asegurado se halla imposibilitado para procurar mediante un trabajo igual, una remuneración superior al 50% de su remuneración habitual percibido durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesionales.

Para recibir las prestaciones que comprende este ramo el asegurado deberá llenar los siguientes requisitos:

a).- Imposibilidad del asegurado para procurarse, mediante un trabajo igual al desempeñado antes de su invalidez, una remuneración superior a 50% de la habitual percibido durante el último año.

b).- Que esa posibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesionales.

c).- Que se realice la declaración de invalidez por el IMSS.

d).- Que al declararse ésta, el asegurado tenga acreditado el pago de 250 semanas de cotización (si el dictamen determina 75% o más de invalidez, sólo requerirá tener acreditadas 150 semanas de cotización). El declarado en estado de invalidez permanente que no reúna las semanas de cotización necesarias, podrá retirar, en el momento que lo desee, de su Administradora de Fondos para el Retiro (Afore), el saldo de su cuenta individual del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez (RCV) en una sola exhibición.

e).- Los asegurados que soliciten el otorgamiento de una pensión de invalidez y los inválidos que se encuentren disfrutándola, deberán sujetarse a las investigaciones médica, social y económicas que el IMSS estime necesarias para comprobar si existe o subsiste el estado de invalidez.

Las Prestaciones Económicas que el asegurado tiene derecho a recibir por concepto de este ramo, son las siguientes:

- Pensión temporal (por periodos renovables).
- Pensión definitiva. (Es la que se otorga cuando se declara el estado de invalidez permanente).

- Asistencia médica.
- Asignaciones familiares.
- Ayuda asistencial.

Se entiende por:

Pensión Temporal.- La que otorgue el Instituto con carga a este seguro por períodos renovables al asegurado en los casos de existir posibilidad de recuperación para el trabajo, o cuando por la continuación de una enfermedad no profesional se termine el disfrute del subsidio y la enfermedad persista.

Pensión Definitiva.- La que corresponde al Estado de invalidez que se estima de naturaleza permanente⁸¹ (el asegurado contratará la pensión y el seguro de sobrevivencia con la institución de seguros que elija).

Asistencia Médica.- Será de conformidad con las reglas del seguro de enfermedades y maternidad.

Asignaciones familiares.- Las cuales consisten en una ayuda por concepto de carga familiar y se concederá a los beneficiarios del pensionado por invalidez, siguiendo las reglas que se establecen en la Ley del Seguro Social y que se analizarán más adelante en el presente estudio.

Cuantía de la pensión. - Será igual a una cuantía básica de 35% del promedio de los salarios correspondientes a las últimas 500 semanas de cotización anteriores al otorgamiento de la misma, actualizadas anualmente conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC), más las asignaciones familiares y ayudas asistenciales.

En el caso de que la cuantía sea inferior a la pensión garantizada, el estado aportará la diferencia con el fin de que el trabajador pueda adquirir una pensión vitalicia.

En ningún caso la pensión de invalidez, incluyendo las asignaciones familiares y ayudas asistenciales, podrá ser inferior a la pensión garantizada.

La pensión que se otorgue por invalidez, incluyendo el importe de las asignaciones familiares y ayudas asistenciales que se concedan, no excederá de 100% del salario promedio que sirvió de base para fijar la cuantía.

El asegurado no tendrá derecho a disfrutar de la pensión de invalidez, cuando se presente alguna de estas causas:

- Por sí o de acuerdo con otra persona se haya provocado intencionalmente la invalidez.
- Resulte responsable del delito intencional que haya originado, en su caso, la invalidez.
- Padezca un estado de invalidez anterior a su afiliación al régimen obligatorio del IMSS.

En los dos primeros casos, el IMSS podrá otorgar el total o una parte de la pensión a los familiares que tuvieran derecho a las prestaciones que se conceden en el caso de muerte.

La pensión se cubrirá mientras dure la invalidez del asegurado.

Término. - Comenzará el día en que se produzca el siniestro. Si no puede fijarse éste, será desde la fecha de la presentación de la solicitud para obtenerla.

En el caso de la Contratación del Seguro de Renta Vitalicia y Supervivencia, el Instituto deberá calcular el monto constitutivo para su contratación. Lo cual hará de la siguiente manera: al monto constitutivo se le restará el saldo acumulado en la cuenta individual del asegurado y la diferencia positiva será la suma asegurada que el Instituto deberá entregar a la Institución de Seguros que el trabajador haya seleccionado para que realice el manejo de dicha cuenta .

Cuando el trabajador tenga un saldo acumulado en su cuenta individual que sea mayor al necesario para integrar el monto constitutivo para contratar los seguros de renta vitalicia y de supervivencia, podrá el asegurado optar por:

- a).- Retirar la suma excedente en una sola exhibición lado en su cuenta individual.
- b).- Contratar una cuenta vitalicia por una cuenta mayor o, aplicar el excedente a un pago de sobre prima para incrementar los beneficios del seguro de supervivencia.
- c).- Aplicar el excedente a un pago sobreprima para incrementar el seguro de supervivencia.

Para que el asegurado pueda gozar de la presente prestación será necesario que cubra los siguientes Requisitos:

- Debe ser declarada por el Instituto.
- Debe contar con 250 semanas cotizadas.
- En el caso de que su incapacidad sea del 75% o más de invalidez sólo requerirá de que tenga acreditadas 150 semanas cotizadas.

Se pierde el derecho cuando:

- Haya sido provocada, por sí o de acuerdo con otra persona.
- Resulte ser responsable del delito intencional que haya originado, en su caso, la invalidez.
- Padezca un estado de invalidez anterior a su afiliación al régimen obligatorio del IMSS.
- Cuando no se sujeta a los exámenes previos y posteriores y a los tratamientos médicos.
- Cuando el asegurado no reúna las semanas de cotización señaladas por la ley, podrá retirar en el momento en que lo desee el saldo de su cuenta individual del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez en una sola exhibición, es decir, en un solo pago.

Cuando un pensionado por invalidez se niega a someterse a los exámenes médicos se suspenderá el pago de la pensión.

SEGURO DE VIDA.

Cuando ocurra la muerte del asegurado o del pensionado por invalidez, el IMSS otorgará a sus beneficiarios, (viuda (o), huérfanos, concubina (rio), ascendientes), las siguientes: Prestaciones:

- Pensión de viudez. - Pensión de orfandad. - Pensión de ascendientes.

- Ayuda asistencial a la pensionada por viudez, en que lo requiera, de acuerdo con el dictamen médico que al efecto se formule.

Asistencia médica.

Con respecto a las pensiones de viudez, orfandad y de ascendientes, en el caso del fallecimiento del asegurado, éstas serán otorgadas por la institución privada de seguros que elijan los beneficiarios para la contratación de su renta vitalicia; y en el caso del fallecimiento del pensionado por riesgo de trabajo, invalidez y retiro, cesantía en edad avanzada y vejez las pensiones de viudez, orfandad y ascendientes se otorgarán con cargo al seguro de sobrevivencia que éste haya contratado.

A continuación, se hace mención de los requisitos que deben reunir los asegurados para que puedan obtener las prestaciones que maneja este ramo.

Requisitos:

- Que el asegurado al fallecer hubiese registrado en el IMSS el pago de un mínimo de 150 semanas cotizadas o se encuentre gozando de una pensión de invalidez.

- Que la Muerte del asegurado o pensionado por invalidez no se deba a un riesgo de trabajo.

El monto determinado conforme al artículo 142 de la nueva Ley del Seguro Social, servirá de base para calcular las pensiones que se deriven de la muerte tanto del pensionado como del asegurado, al igual que para fijar la cuantía del aguinaldo anual.

El total de las pensiones atribuidas a la viuda, concubina, o huérfanos de un asegurado fallecido, no deberá exceder del monto de la pensión por invalidez que disfrutaba el asegurado o de la que le hubiera correspondido en el caso de invalidez. Si ese total excediera, se reducirán proporcionalmente cada una de dichas pensiones.

Cuando se extinga el derecho de alguno de los pensionados, entre los restantes, se hará una nueva distribución de las pensiones que queden vigentes, sin que se rebasen las cuotas parciales ni el monto de dichas pensiones.

Las pensiones otorgadas por invalidez y vida se incrementarán anualmente en el mes de febrero conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor que determine el Banco de México.

Pensión de viudez:

Beneficiarios:

- La esposa del asegurado o pensionado por invalidez, a falta de ésta la concubina con la que haya vivido durante 5 años o haya procreado hijos (si tuviere varias concubinas ninguna tendrá derecho a recibir la pensión).

- El viudo o concubinario si dependía económicamente de la asegurada o pensionada por invalidez.

Monto de la pensión de viudez. - Por este concepto le corresponderá el 90% de la que hubiera correspondido al asegurado en el caso de invalidez o de la que venía disfrutando el pensionado por invalidez. Ejemplo: al asegurado le hubiese correspondido una pensión de \$2,100.00, la pensión de viudez será de \$1,890.00 ($\$2,100 \times .90 = 1890.00$)

Finiquito. - En el momento en que el viudo, la viuda, concubina o concubinario pensionados contraigan matrimonio, recibirán una suma global equivalente a tres anualidades de la cuantía de la cuantía de la pensión que disfrutaban, con lo que se liquidará y terminará ésta.

Término. - Desde el día del fallecimiento del asegurado o pensionado por invalidez, hasta la muerte del beneficiario, o cuando contrajera nupcias o entrara en concubinato. No se suspenderá porque desempeñe un trabajo remunerado.

Los casos que a continuación se enuncian son los que determinan cuando no tendrán derecho a percibir la presente pensión:

- Cuando la viuda no compruebe haber tenido hijos con el asegurado o pensionado.
- La muerte del asegurado acaeciera antes de cumplir seis meses de matrimonio.
- Hubiese contraído matrimonio con el asegurado después de haber cumplido éste 55 años de edad, a menos que a la fecha de la muerte haya transcurrido un año desde la celebración del enlace.
- Cuando al contraer matrimonio el asegurado recibía una pensión de invalidez, vejez o cesantía en edad avanzada, a menos que a la fecha de la muerte haya transcurrido un año desde la celebración del matrimonio.

Pensión de orfandad:

Beneficiarios: - Cada uno de los hijos menores de 16 años, cuando el padre o a madre de alguno de éstos hubiera tenido el carácter de asegurado, y acredite tener ante el IMSS un mínimo de 150 semanas cotizadas o haber tenido la calidad de pensionado por invalidez.

Prórroga. - El IMSS la realizará si el hijo huérfano alcanza la edad de 16 años y hasta 25 si se encuentra estudiando en planteles del sistema educativo nacional y lo compruebe.

El hijo huérfano de 16 años que desempeñe un trabajo remunerado no tiene derecho a percibir esta pensión, salvo que no pueda mantenerse por su propio trabajo, debido a una enfermedad crónica, defecto físico o psíquico, o en tanto no desaparezca la incapacidad que padeciere.

Monto de la pensión de orfandad:

- Será de 20% de la pensión de invalidez que el asegurado estuviese gozando a l fallecer o de la que le hubiera correspondido suponiendo el estado de invalidez. Ejemplo: si el asegurado estuviese gozando de \$1,000.00 por su estado de invalidez, la pensión de orfandad sería de $\$1,000.00 \times .20 = \200.00

- Será de 30% sobre la misma base:

a).- Si el huérfano lo fuera de padre y madre, en las mismas condiciones señaladas con anterioridad.

b).- Si al pensionado por orfandad (huérfano de padre o madre) le sobreviene la muerte de su segundo progenitor.

Finiquito. - Con la última mensualidad se otorgará al huérfano un pago finiquito equivalente a tres mensualidades de su pensión.

Término. - Comienza desde el día del fallecimiento del asegurado o pensionado por invalidez, y cesa con la muerte del beneficiario, o cuando éste haya alcanzado los 16 años de edad o una edad mayor, según sea el caso.

Pensión a ascendientes:

Para que esta pensión sea otorgada a los ascendientes se condiciona a que no existieran beneficiarios en las pensiones de viudez y orfandad.

Beneficiarios:

- Cada uno de los ascendientes que dependían económicamente del asegurado o pensionado por invalidez fallecido.

Monto de la pensión:

- Será de 20% de la pensión que el asegurado estuviese gozando al fallecer o de la que le hubiera correspondido suponiendo realizado el estado de invalidez.

También tendrán derecho a la pensión de este seguro, los beneficiarios de un asegurado fallecido por causa distinta al riesgo de trabajo sí:

- Al morir el asegurado; se encontrará disfrutando de una pensión por incapacidad permanente derivada de un riesgo igual, si tuviera acreditado el pago al IMSS de un mínimo de 150 cotizaciones semanales y hubiese causado baja en el régimen obligatorio, cualquiera que fuere el tiempo transcurrido desde la fecha de su baja.

- El asegurado disfrutaba de una pensión de incapacidad permanente total y fallece por causa distinta a un riesgo de trabajo, sin cumplir el requisito del párrafo anterior, sus beneficiarios tendrán derecho a pensión, si la que gozó el fallecido no tuvo una duración mayor de cinco años.

3.3.3.- Los seguros de vejez y retiro por edad y tiempo de servicios.

Esta rama tiene como finalidad asegurar lo que se refiere al retiro del trabajador, ya sea voluntaria, o de cesantía en edad avanzada o por vejez. Conviene hacer mención de las reformas hechas en diciembre de 2001, ya que se realizó tanto reforma como adiciones a la

Ley del Seguro Social respecto a la Pensión Garantizada, la Cuenta Individual y la Siefore.

SEGURO DE RETIRO.

Al modificarse completamente el sistema de pensiones y dividirse el seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía y Maternidad, se incorpora también el seguro de retiro que forma parte del sistema de ahorro para el retiro (SAR), el cual incluye el INFONAVIT, para quedar el seguro de retiro, cesantía y vejez.

Este nuevo sistema se base en cuentas individuales para cada trabajador, sustituye al anterior que se apoyaba en las aportaciones acumuladas por todos los trabajadores. En el viejo sistema se llegó al extremo de que los trabajadores jóvenes, sostenían las pensiones de los viejos trabajadores. Parece que ya eran más lo viejos que los jóvenes. Este fue tan solo uno de los elementos que condujeron prácticamente a la quiebra del sistema de pensiones.

Tanto las aportaciones de los trabajadores, como las de los patronos a este nuevo ramo de seguro RCV, serán manejadas por las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES), las cuales incluyen la subcuenta del INFONAVIT y la subcuenta de aportaciones voluntarias.

Para evitar fraudes y malos manejos de quienes administrarán el dinero de los trabajadores en activo y de los viejos pensionados, será indispensable el establecimiento de reglas claras y estrictas, así como acabar con la impunidad de funcionarios y banqueros corruptos. Esto hace necesario establecer mecanismos de protección y seguridad para los aportantes y beneficiarios, con base en leyes claras y precisas, que más que castigar a los malos administradores, restituyan los derechos de los trabajadores aportantes de los fraudes que puedan ser objeto.

Dicho incremento del tope del salario base de cotización correspondiente a los seguros de Invalidez y Vida, así como a los ramos de Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, entrarán en vigor hasta el 1º de Enero del año 2007.

No obstante que en diversas ocasiones comunicó el IMSS que no habría aumento a las cuotas obrero patronales, sin lugar a dudas que el incremento en el tope salarial antes indicado, traerá como consecuencia directa e inmediata el pago de cantidades mayores tanto de patronos como trabajadores que devenguen dicho salarios.

Como requisitos para que los trabajadores tengan derecho a esta rama, se establecen los siguientes:
a).- Tener calidad de trabajador asegurado. b).- Contar con una cuenta individual.

3.4.- Medios de impugnación administrativos y jurisdiccionales.

Generalidades

Se deriva del latín recursos que significa etimológicamente marcha hacia atrás, acción y efecto de recurrir.

A continuación, se expresa una serie de definiciones de diferentes tratadistas respecto de recurso:

1.- Willebaldo Bazarte Cerdan.- En su acepción jurídica y en su sentido lato, significa la acción o facultad concedida por la ley, al que se cree perjudicado por una resolución judicial para pedir la reposición, anulación o revocación de la misma.

2.- Eduardo Pallares. - Los recursos son los medios de impugnación que otorga la ley a las partes y a los terceros para que obtengan, mediante ellos, la revocación o modificación de una resolución judicial sea ésta auto o decreto. Excepcionalmente, el recurso tiene por objeto nulificar la resolución o la instancia de la misma.

3.- Diccionario Jurídico Mexicano PORRUA- UNAM.- Medio de impugnación que se interpone contra una resolución judicial pronunciada en un proceso ya iniciado, generalmente ante un juez o

tribunal de mayor jerarquía y de manera excepcional ante el mismo juzgador, con el objeto de que dicha resolución sea revocada, modificada o anulada.

Existen diferentes tipos de recursos dentro de los cuales destacan:

PROCESALES: Sirven para impugnar los actos realizados por los órganos jurisdiccionales, durante la tramitación del proceso.

ADMINISTRATIVOS: Que son los mecanismos puestos a disposición de los particulares lesionados en su esfera de derechos e intereses jurídicos por un acto administrativo, a fin de obligar a una autoridad a revisar la legalidad del acto.

Como se puede apreciar el recurso que interesa para su estudio es el segundo porque la Seguridad Social es materia administrativa, y dichos recursos procederán contra actos que la autoridad administrativa emita.

Dentro de los recursos administrativos encontramos: Recurso de Inconformidad, Recurso de Queja Administrativa, Recurso de Revocación y Juicio de Nulidad.

¿QUÉ ES UN ACTO DEFINITIVO?

Es importante dar contestación a esta interrogante, ya que de este acto será de quien dependerá la interposición del recurso.

El acto definitivo es parte de la gran clasificación del acto administrativo, mismo que deberá ser definido primero, para llegar al significado del acto definitivo y poder conocer un poco más acerca del mismo.

El Acto Administrativo se puede definir en los términos siguientes, basado en la Teoría General del Derecho:

“El acto administrativo es un acto jurídico, una declaración de voluntad, de deseo, de conocimiento y juicio, unilateral, externa, concreta y ejecutiva, que constituye una decisión ejecutoria, que emana de un sujeto: la Administración Pública en ejercicio de una potestad administrativa, que crea, reconoce, modifica, transmite o extingue una situación jurídica subjetiva y su finalidad es la satisfacción del interés general”.

Dicha definición resume los caracteres del acto administrativo en los siguientes términos:

a).- El acto administrativo es un acto jurídico, de derecho público, que emana de la Administración pública; y sometido al Derecho Administrativo.

b).- Su naturaleza no normativa, resultado de distinguir los actos administrativos y las normas jurídicas. La norma administrativa mantiene su vigencia hasta que sea derogada, en tanto que el acto administrativo se agota con su cumplimiento. Guardan estrecha vinculación, pero actos y normas. Obedecen a diverso régimen jurídico.

c).- Es una decisión ejecutoria y no contenciosa. Se trata de una declaración intelectual lo que excluye las actividades puramente materiales. Una potestad administrativa distinta de la potestad reglamentaria.

d).- Es una declaración que emana de una autoridad administrativa, unitaria o colegiada, en el ejercicio de la función administrativa.

e).- Unilateral, ejecutiva y oportuna que produce una situación jurídica concreta¹²² que excluye del concepto los actos jurídicos del administrado.

Del vocablo Acto Definitivo del IMSS, consiste en un tipo de acto jurídico de índole administrativa. Es acto jurídico porque resulta ser una manifestación de la conducta humana susceptible de producir efectos de tal naturaleza, principalmente cuando se verifica de acuerdo con los requisitos legales previamente establecidos para cada caso en particular; o es un acto de índole administrativa, no sólo porque lo dicta un Organismo Público

Descentralizado que forma parte de la administración descentralizada, -acto que produce el efecto de dar vida a un derecho o a una obligación, por lo que deviene un constitutivo -, ni tampoco porque lo emita como Organismo Fiscal Autónomo, con el carácter de autoridad fiscal y en cumplimiento de sus funciones dentro de la esfera de sus atribuciones oficiales, sino más bien porque se trata en realidad de una declaración de voluntad de un órgano de la administración pública paraestatal, emitido en uso de atribuciones regladas o discrecionales, susceptibles de crear en forma particular obligaciones, derechos o situaciones jurídicas de eminente naturaleza administrativa.

Dichos actos son más frecuentes en la función operativa del Instituto, de entre aquellos que pueden considerarse definitivos, y por ende, impugnables en inconformidad, son los que emite precisamente en su función de autoridad fiscal, entendiéndose por el concepto autoridad: aquella que dicta u ordena, ejecuta o trata de ejecutar un acto concreto, y que se halla revestida de una potestad o competencia legalmente conferida para ejercer una función pública determinada, así como para dictar resoluciones dentro del ámbito de atribuciones que la ley le confiere expresamente, toda vez que resulta ser de explorado derecho el que la autoridad sólo puede hacer lo que la ley le permite, resoluciones cuya obediencia por parte del particular es indeclinable bajo el apercibimiento de ser sancionado y/o la posibilidad de su ejecución forzosa del propio acto autoritario, en virtud del imperio de que goza la autoridad por ley.

Como Acto Definitivo, se señaló ya anteriormente que; son aquellos que sean ejecutivos, es decir que concluyan o paralicen el procedimiento administrativo, por lo que sí el acto no es definitivo, el recurso de inconformidad es improcedente, ya que dicho medio de defensa trae como consecuencia la suspensión del acto impugnado, en consecuencia, si el acto recurrido lo constituye solamente la contestación de la autoridad a una solicitud del particular es obvio que esto no tiene el carácter de definitivo, que exige el numeral en comento.

Ahora bien se hará el señalamiento de lo que la SUPREMA CORTE DE JUSTICIA CONSIDERA COMO ACTO DEFINITIVO, para lo cual se hace la transcripción de la siguiente jurisprudencia.

Octava Época Instancia Tribunales Colegiados de Circuito Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación Tomo: 63, Marzo de 1993 Tesis: II 3º. J/43 Página: 39 SEGURO SOCIAL. CARÁCTER DEFINITIVO DE LAS RESOLUCIONES LIQUIDATORIAS DE CUOTAS OBRERO-PATRONALES, ES INDISPENSABLE PARA LA PROCEDENCIA DE INCONFORMIDAD.

De acuerdo con el artículo 17 del reglamento para el pago de cuotas y contribuciones del seguro social, cuando el patrón no haga el pago de las cotizaciones obrero patronales en los términos y

plazos que señala el artículo 3º del propio reglamento, el instituto formulara, en su caso, la liquidación respectiva con los datos que tuviere o recabare al efecto, la cual se notificará al patrón para que en un término de quince días produzca las aclaraciones pertinentes, y transcurrido dicho plazo, el patrón no formula aclaraciones y efectúa el pago de los adeudos que le resultaren, se girará una liquidación por el importe de estos. De ahí que, una vez transcurrido el plazo de quince días el instituto Mexicano del Seguro Social se encuentre facultado para hacer efectivo el apercibimiento de pago, pero esto por sí solo no constituye un acto definitivo para la procedencia de recurso de conformidad en términos del artículo 274 de la Ley del Seguro Social.

TERCER TRIBUNAL COLEGIADO DEL SEGUNDO CIRCUITO.

Amparo directo 210/92. Industrial pavimentadora La, S.A. 21 de Mayo de 1992. Unanimidad de votos. Ponente: María del Carmen Sánchez Hidalgo. Secretaria: Edith Alarcón Meixuerio.

RECURSO DE INCONFORMIDAD.

Los conceptos de éste, son recurso de inconformidad, la definición de recurso se mencionó al inicio del presente título, por lo tanto, sólo hace falta señalar el de inconformidad.

INCONFORMIDAD.- Falta de conformidad. (Conformidad.- {lat. Conformitas} f. Semejanza entre dos personas). Por lo tanto tenemos que el Recurso de Inconformidad: “Es un medio de impugnación de los actos administrativos o judiciales establecidos por la legislación a dichos actos”.

La LSS establece el Recurso de Inconformidad como el medio de que disponen los patrones y demás sujetos obligados, así como los asegurados y/o sus beneficiarios, para impugnar actos definitivos del Instituto que ellos consideren lesivos a sus intereses. Roberto Baéz Martínez precisa: “La inconformidad es el recurso por excelencia en materia de seguridad social. El recurso procede “contra cualquier acto definitivo” del instituto que los particulares consideren impugnables o lesivo a sus intereses; en consecuencia, puede ser interpuesto por patrones, asegurados, beneficiarios, sujetos que se asimilan al patrón y, aún cuando el precepto no lo mencione por defectuosa redacción, también puede interponerlo quien alegue no ser patrón cuando el instituto lo haya considerado como tal. En virtud de que el Instituto presenta dos caracteres distintos y aún contrarios: uno como acreedor en calidad de organismo fiscal autónomo frente a los patrones y sujetos que a éste se asimilan, y el segundo como deudor ante asegurados y beneficiarios, como institución aseguradora obligada al otorgamiento de prestaciones; el tratamiento que se da es distinto cuando se trata de inconformidades por unos o por otros”.

Dicho recurso se interpone ante los Consejos Consultivos Delegacionales del IMSS, órgano tripartito que tiene competencia legal para tramitarlo y resolverlo dentro de su respectiva circunscripción territorial; actuando colegiadamente revisa en primera instancia los actos que con carácter definitivo emiten los funcionarios del Instituto en labor cotidiana, los que al afectar la esfera jurídica de los patrones o derechohabientes provocan su formal impugnación, tocándoles determinar si los dejan sin efecto, modifican o confirman al revisar su legalidad, partiendo de la esencia de un principio básico en todo nuestro sistema jurídico, es decir: LA BUENA FE.

Uno de los problemas torales a dilucidar para poder explicar las razones por las cuales en esta materia la justicia en primera instancia se administra por el propio IMSS, así como el ¿por qué

los Consejos Consultivos Delegacionales adoptan la característica de los Tribunales Administrativos con plena jurisdicción para resolver y conocer ajustado a derecho dicho medio de impugnación lo encontramos en el tema de la llamada Justicia Administrativa?.

Por su parte Efraín Urzúa señala: “Uno de los problemas más intrincados, que le toca resolver a la Teoría del Derecho Administrativo, es el relativo a la Justicia Administrativa. En éste, como en tanto otros casos la realidad y las necesidades prácticas van creando determinadas instituciones, viendo a posteriori su justificación teórica”.

De cualquier manera, la presencia dentro del poder administrativo de Tribunales independientes que tiene por objeto la materia administrativa, no puede menos que interpretarse como dice Merkl: “Como un voto de confianza a la justicia y de desconfianza a la Administración”; la nota característica de la justicia administrativa es la fiscalización de los actos administrativos; se trata de que la Administración revise sentad a lo que antes realizó de pie.

Existen dos tipos de recurso administrativo de inconformidad: a).- Una inconformidad de evidente naturaleza fiscal, cuya interposición corre a cargo de los patrones o demás sujetos obligados. Del cual conocerá el Tribunal de Federal Justicia Fiscal y Administrativa. b).- Una inconformidad propiamente de índole laboral, misma que deberá agotarse por los que reciben los servicios de la seguridad social, esto es: asegurados, derechohabientes, pensionados o sus beneficiarios. El cual en caso de no interponerlo ante el

Instituto se podrá interponer ante la Junta de Conciliación y Arbitraje.

REQUISITOS PARA INTERPONER EL RECURSO DE INCONFORMIDAD.

Los requisitos y formalidades que debe cumplir el escrito del recurso de Inconformidad están comprendidos dentro del artículo 4º del “Reglamento del Recurso de Inconformidad” y son los siguientes:

- Nombre y firma del recurrente, domicilio para oír y recibir notificaciones, así como el número de su registro patronal o el de seguridad social como asegurado.
- Acto que se impugna, fecha de su notificación, autoridad emisora.
- Hechos que originaron la impugnación.
- Agravios que le causa el acto impugnado.
- Nombre y razón social del patrón, del sindicato, o del titular del contrato colectivo.
- Pruebas que se ofrezcan, relacionadas con el acto impugnado.

Si falta algún requisito en la presentación o en el llenado del documento inicial de demanda (escrito) el secretario del consejo consultivo delegacional prevendrá al recurrente por una sola vez para que en el término de cinco días, lo aclare, corrija o complete, ya que si no lo hace en el término establecido, se desechará de plano.

La prevención puede ser por los tres supuestos siguientes:

A) Oscuro o irregular si faltare alguno de los requisitos establecidos por el artículo 4º del Reglamento del Recurso de Inconformidad.

B) Falta de presentación de documentales estipuladas en la fracción I y III del artículo 5º.

C) Falta de documentos para la acreditación de la personalidad como lo señala el artículo 5º fracción II.

Además, en razón del interés jurídico habrá de cumplir con los requisitos que a continuación se mencionan:

a).- La inconformidad debe interponerse necesariamente por aquella persona que resulte afectada por la emisión un acto definitivo que le afecte al lesionarles sus derechos.

b).- Cuando quien promueva lo haga en representación de otra persona física o moral, desde que interponga el recurso, éste deberá justificar su personería con apego a las reglas del derecho común.

Así el promovente deberá invariablemente acompañar a su escrito de inconformidad el testimonio o carta poder que lo acredite como representante legal, si comparece a nombre de otra persona física o moral, mismos que el Secretario del Consejo Consultivo Delegacional ordenará inscribir en el libro de registro de poderes que llevan internamente.

Ante quien deberá Presentarse: Se presentará ante el Consejo Consultivo Delegacional competente.

Plazo para interponer el recurso: Se deberá interponer dentro de los 15 días hábiles siguientes a la fecha en que surta efectos la notificación del acto definitivo.

Notificación al recurrente: Se hará en forma personal cuando se trate de los acuerdos o resoluciones que:

a) Admitan o desechen el recurso.

b) Se admitan o desechen las pruebas.

c) Contengan o señalen fechas para cumplir requerimientos o diligencias.

d) Ordenen diligencias para mejor proveer.

e) Cuando éstas requieran la presencia o la actividad procesal del recurrente.

f) Declaren el sobreseimiento del recurso.

g) Pongan fin al recurso de inconformidad o cumplimenten resoluciones de los órganos jurisdiccionales.

h) Los acuerdos que resuelvan sobre la suspensión del procedimiento administrativo de ejecución.

i) Aquellos que resuelvan sobre el recurso de revocación.

Solamente la primer notificación que se realice a terceros se llevará a cabo en forma personal, y las posteriores serán por correo certificado con acuse de recibo tal como lo manifiesta el reglamento del Recurso de Inconformidad.

Las notificaciones se realizará en el domicilio que señale el recurrente, en caso de omisión se le notificará por estrados o por lista. La notificación comenzará a surtir efectos al día siguiente hábil al que se hizo la notificación personal o se haya entregado el oficio que contenga la resolución que se notifica.

PRUEBAS EN RECURSO DE INCONFORMIDAD.

Para la interposición del recurso al momento de su presentación se deben de acompañar los siguientes documentos:

- 1.- El documento en que conste el acto impugnado.
- 2.- Documentos que acrediten la personalidad.
- 3.- Constancia de notificación del acto impugnado (excepto cuando bajo protesta de decir verdad no se haya entregado).
- 4.- Pruebas documentales que ofrezca.

La presentación de pruebas puede ser por cualquiera de los siguientes medios:

- 1.- Documentales ya sean publicadas o privadas.
- 2.- Pericial.
- 3.- Inspección.
- 4.- Testimonial.

Nota: NUNCA SE ADMITIRA LA CONFESIONAL. Todas deben ser relacionadas estrictamente con los hechos.

DESAHOGO DE LAS PRUEBAS.

- El termino para llevar a cabo su desahogo es de 15 días a partir de la admisión del recurso.
- En todo tiempo el Consejo Consultivo Delegacional puede decretar diligencias para mejor proveer.

RESOLUCIÓN.

- Debe ser en un periodo de 30 días después del desahogo, se formulará el proyecto de resolución.
- Aprobación por mayoría de votos.
- Se ocupará de todos los motivos.
- Decidirá las pretensiones.
- Analizara las pruebas.
- Expresara los fundamentos en que se apoyen los puntos de decisiones.

3.5.- EL PENSIONISSSTE. Conceptualización. Funcionamiento y generalidades.

PENSIONISSSTE. Es un Órgano Público Desconcentrado del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Fue creado en 2007. Inició operaciones en abril de 2008 con la administración de las cuentas del SAR-ISSSTE 92, y posteriormente las cuentas individuales. Las organizaciones de trabajadores tienen una representación paritaria en los Órganos de Gobierno y desde su creación ha sido la única Afore Estatal, por lo cual no tiene fines de lucro.

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, que tiene como objeto contribuir al bienestar de los Trabajadores, Pensionados y Familiares Derechohabientes, en los términos, condiciones y modalidades previstos en esta Ley.

SEGURO DE RETIRO, VEJEZ Y CESANTIA EN EDAD AVANZADA. 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.

PENSIÓN POR CESANTÍA EN EDAD AVANZADA

Existe cesantía en edad avanzada cuando el Trabajador quede privado de trabajo a partir de los sesenta años de edad.

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.

PENSIÓN POR VEJEZ

El seguro de vejez da derecho al Trabajador al otorgamiento de:

I. Pensión, y

II. Seguro de salud.

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.

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 necesarios para que opere su Pensión.

3.6. -Instituto de Seguridad Social Para las Fuerzas Armadas Mexicanas

Es un organismo público descentralizado federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, con domicilio en la Ciudad de México.

Las funciones del Instituto son:

- I. Otorgar las prestaciones y administrar los servicios a su cargo.
- II. Administrar su patrimonio exclusivamente para el fin señalado.
- III. Administrar los fondos que reciba con un destino específico.
- IV. Administrar los recursos del Fondo de la Vivienda para los miembros del activo del Ejército, Fuerza Aérea y Armada, a fin de establecer y operar un sistema de financiamiento que les permita obtener crédito barato y suficiente para:
 - a) La adquisición en propiedad de habitaciones cómodas e higiénicas, incluyendo las sujetas al régimen de condominio;
 - b) La construcción, reparación, ampliación o mejoramiento de sus habitaciones, y
 - c) El pago de pasivos contraídos por los conceptos anteriores.

Artículo 18. Las prestaciones que se otorgarán con arreglo a esta Ley son las siguientes:

- I. Haber de retiro;
- II. Pensión;
- III. Compensación;
- IV. Pagas de defunción;
- V. Ayuda para gastos de sepelio;
- VI. Fondo de trabajo;
- VII. Fondo de ahorro;
- VIII. Seguro de vida;
- IX. Seguro colectivo de retiro;
- X. Venta de casas y departamentos;
- XI. Ocupación temporal de casas y departamentos, mediante cuotas de recuperación;
- XII. Préstamos hipotecarios y a corto plazo;
- XIII. Tiendas, granjas y centros de servicio;

Retiro es la facultad que tiene el Estado y que ejerce por conducto de las Secretarías de la Defensa Nacional y de Marina para separar del activo a los militares al ocurrir alguna de las causales previstas en la Ley.

Son causas de retiro:

I. Llegar a la edad límite

II. Quedar incapacitado en acción de armas

III. Quedar incapacitado en otros actos del servicio o como consecuencia de ellos; incluyendo la incapacidad que se produzca al trasladarse el militar directamente de su domicilio al lugar donde preste sus servicios.

IV. Quedar incapacitado en actos fuera del servicio.

V. Estar imposibilitados para el desempeño de las obligaciones militares, por enfermedad que dure más de seis meses.

VI. Solicitarlo después de haber prestado por lo menos veinte años de servicios.

Haber de retiro es la prestación económica vitalicia a que tienen derecho los militares retirados en los casos y condiciones que fija esta Ley.

Pensión es la prestación económica vitalicia a que tienen derecho los familiares de los militares en los casos y condiciones que fije la ley.

Tienen derecho a las prestaciones

I. Los militares que, encontrándose en situación de activo, pasen a la de retiro por órdenes expresas de las Secretarías de la Defensa Nacional o de Marina.

II. Los familiares de los militares que fallezcan en activo o estando en situación de retiro.

III. Los miembros de los Cuerpos de Defensas Rurales incapacitados en actos del servicio o a consecuencia de ellos y los familiares de los que mueran en las mismas circunstancias.

IV. Los soldados, marineros y cabos.

V. El personal de la milicia auxiliar que haya sido separado del activo por órdenes expresas de la Secretaría de origen.