

UDS

LIBRO

Derecho de la Seguridad Social

LICENCIATURA EN DERECHO

SÉPTIMO CUATRIMESTRE

Marco Estratégico de Referencia

ANTECEDENTES HISTORICOS

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor de Primaria Manuel Albores Salazar con la idea de traer Educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer Educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tarde.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en septiembre de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró como Profesora en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de finanzas en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de

cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el Corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y Educativos de los diferentes Campus, Sedes y Centros de Enlace Educativo, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca a nivel nacional e internacional.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

MISIÓN

Satisfacer la necesidad de Educación que promueva el espíritu emprendedor, aplicando altos estándares de calidad Académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

VISIÓN

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra Plataforma Virtual tener una cobertura Global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

VALORES

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

ESCUDO



El escudo de la UDS, está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

ESLOGAN

“Mi Universidad”

ALBORES



Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

Derecho de la seguridad social

Objetivo de la materia: Que el alumno conozca y analice los conceptos jurídicos fundamentales del Derecho de la Seguridad Social, su evolución, sus bases constitucionales. Asimismo conozca las prestaciones y cobertura de los seguros obligatorios y voluntarios que contemplan las diferentes leyes en la materia, los procedimientos y medio de impugnación para dirimir los litigios en seguridad social.

UNIDAD I Derecho social y seguridad social

- 1.1 Surgimiento del derecho social
- 1.2 Antecedentes históricos del derecho a la seguridad social
- 1.3 Principios rectores de la seguridad social
- 1.4 Fundamentos constitucionales de la seguridad social
- 1.5 Conceptos fundamentales de seguridad social
- 1.6 Organismos internacionales sobre seguridad social
- 1.7 Convenios internacionales sobre seguridad social
- 1.8 El convenio 102 de la OIT
- 1.9 La seguridad social un derecho humano fundamental
- 1.10 El seguro social
- 1.11 Tipos de seguro social
- 1.12 Sistema de seguridad social en México

UNIDAD II El seguro social en México

- 2.1 El IMSS, facultades y estructura
- 2.2 Registro y afiliación ante el IMSS
- 2.3 El salario base de cotización
- 2.4 Sujetos del regimen obligatorio
- 2.5 Sujetos del regimen voluntario
- 2.6 Seguro de riesgos de trabajo
- 2.7 Enfermedades y accidentes
- 2.8 Consecuencias de los riesgos de trabajo
- 2.9 Prestaciones en especie
- 2.10 Prestaciones en dinero
- 2.11 Pensiones en caso de fallecimiento o desaparición en acto delincuencia del asegurado.

UNIDAD III Del regimen obligatorio

- 3.1 Seguro de enfermedades y maternidad
- 3.2 Prestaciones en especie
- 3.3 Prestaciones en dinero
- 3.4 Seguro de invalidez
- 3.5 Seguro de vida
- 3.6 Pensiones para los beneficiarios
- 3.7 Seguro de retiro
- 3.8 Seguro de cesantía en edad avanzada
- 3.9 Seguro de vejez
- 3.10 Afores y siefores

- 3.11 Seguro de desempleo
- 3.12 Del regimen voluntario
- 3.13 Del ISSSTE y el ISSFAM
- 3.14 Cobertura del seguro social en el ISSSTE
- 3.15 Retiro y prestaciones ante el ISSFAM

UNIDAD IV Aspectos procesales de la seguridad social

- 4.1 Los conflictos del IMSS
- 4.2 Instancias administrativas
- 4.3 Instancias jurisdiccionales
- 4.4 Recursos administrativos
- 4.5 Recurso de inconformidad
- 4.6 Recurso de queja administrativa
- 4.7 Procedimiento ante el Tribunal laboral
- 4.8 Procedimiento ante el Tribunal Federal de justicia administrativa
- 4.9 Procedimientos, caducidad y prescripción
- 4.10 Sentencias relevantes en materia de seguridad social
- 4.11 Criterios de la CIDH sobre seguridad social

Criterios de evaluación:

No	Concepto	Porcentaje
1	Actividad en plataforma	30%
2	Actividades Áulicas	20%
3	Examen	50%
Total de Criterios de evaluación		100%

UNIDAD I Derecho social y seguridad social

I.1 Surgimiento del derecho social

Entre finales del siglo XIX y comienzos del XX, las críticas al capitalismo se agudizan y los derechos sociales experimentaron un renovado impulso político e inclusión legal. Enérgicas experiencias reformistas inspiran el surgimiento de Estados sociales liberal-reformistas en el mundo anglosajón (Gran Bretaña, Nueva Zelanda y Australia) y sientan las bases de un modelo universalista y social demócrata en los países escandinavos (Suecia, Noruega, Dinamarca). En el viejo Imperio ruso y en México, por su parte, tienen lugar ensayos revolucionarios de alcance diverso.

Mendieta y Núñez (1980:41), señalan que los orígenes del Derecho Social fueron por causas sociológicas profundas, antecedentes lejanos, pero más que nada, obedece a un conjunto de circunstancias propias de su tiempo y que se constituyeron con la aportación de varias corrientes creadoras. Así, los acontecimientos de la Revolución Industrial y la implantación del sistema económico liberal, que dieron origen a la clase trabajadora, constituyeron la sustancia del Derecho Social; y tales hechos no pasaron desapercibidos para grandes pensadores que expresaron nuevas ideas para aliviar las desigualdades sociales y proteger a los económicamente débiles.

*Afirma Trueba Urbina (1979:5) que fue hasta 1917 cuando el Derecho Social se convirtió en norma jurídica fundamental en la Constitución formulada en el Congreso Constituyente de **1916-1917, instalado en la Ciudad de Querétaro.***

En esta Constitución producto de la Revolución Social Mexicana, se crearon por primera vez en el Universo, **derechos sociales para campesinos y trabajadores** en los artículos 27 y 123 naciendo así el Derecho Social Positivo, el cual fue incorporado en el Tratado de Paz de Versalles¹⁰ de 1919 y en las Constituciones de diversos Estados de casi todos los continentes. Por consiguiente el origen del Derecho Social Universal se encuentra en nuestra Constitución de 1917.

El 1919 se establece la constitucionalización y la internacionalización del Derecho social. En el Tratado de Versalles, nace la Sociedad de Naciones, la cual da origen a la Organización Internacional del Trabajo, además de la Constitución de Weimar de Alemania que junto a la Constitución de México sancionada dos años antes, dieron origen al constitucionalismo social, que estableció el Estado de Bienestar y reconoció los derechos de los trabajadores.

La doctrina jurídica (especialmente la constitucional, laboral y agraria), no logró dar cuenta de la juridicidad de los derechos sociales y tampoco le importó explicar y comprender su dimensión política. Un grupo importante de juristas se empeñó en restarle importancia constitucional a los derechos sociales que se habían consagrado en la Carta Magna. Su conceptualización de los derechos sociales sirvió para favorecer un régimen político presidencialista que utilizaba el contenido social de la Constitución como moneda de cambio para someter a las masas de obreros y campesinos.

La idea básica, como hemos visto, es entender que tanto la protección como la garantía de los derechos se procuran a través de la prestación de servicios públicos (salud, educación, seguridad social, vivienda, etc.) y que son una cuestión colectiva, no individual. Muchos críticos de la justiciabilidad de los derechos sociales insisten en que la garantía de los derechos sociales se encuentra no solo en el ámbito legislativo sino además en el de las políticas públicas.

Tratándose de derechos sociales, siguiendo a Fernando Atria, la situación relevante para asegurarlos o protegerlos es semejante a la quiebra de una empresa. Se trata de situaciones en contextos de escasez de recursos, donde el derecho de cada uno no puede estar determinado de una vez y para siempre a partir de un ejercicio conceptual o filosófico. Como en el caso de quiebra, lo que sea el derecho que cada acreedor pueda reclamar dependerá del colectivo de acreedores y de la cantidad de recursos disponibles, se tratará, nos dice, de un asunto político, colectivo y no individual.

La garantía de los derechos sociales, como vemos, ha dependido de modelos político-económicos que organizan al Estado, el mercado, la familia, las organizaciones sociales, políticas, laborales; organizan la solidaridad social y fijan las responsabilidades de los distintos actores o agentes. Es aquí, en un nivel estructural y de políticas públicas, donde se establecen los principales

mecanismos de garantía de los derechos sociales. Pero llamar la atención sobre la importancia de esto, no tiene porqué conducirnos a menospreciar el papel de las formas jurídicas específicas de garantía de los derechos sociales.



El **derecho social** es la rama del derecho que se fundamenta en los principios y diferentes normas que tienen como objetivo principal proteger, velar y establecer el comportamiento y las actitudes del hombre velando por la igualdad dentro de las clases sociales.

1.2 Antecedentes históricos del derecho a la seguridad social

La Seguridad Social, desde el punto de vista filosófico se define como aquella que estructura las medidas de protección y las normas por las que unos seres humanos asumen el compromiso de determinada conducta en aras de garantizar a otros su seguridad futura.

El Derecho de la Seguridad Social está ubicado en la rama de los derechos sociales porque está destinado a atender y regular la protección de la economía y el aseguramiento de una vida decorosa para el hombre que entrega su energía al trabajo. La igualdad deja de ser un punto de partida del derecho y se convierte en su fin.

Surgimiento del derecho a la seguridad social

Enseguida se realizará una breve descripción de cómo se fue desarrollando la Seguridad Social a través de las distintas épocas de la historia del hombre.

EDAD ANTIGUA.

Con el transcurso del tiempo, hubo culturas como el pueblo griego que crearon sistemas de ayuda mutua para socorrer a la población y a los menesterosos.

En Roma se precisó con claridad estas instituciones como los colegios de artesanos que mediante pagos que hacían los asociados de una prima o cuota se cubrían a los beneficiarios gastos de sepelio.

Al llegar el cristianismo se fundaron las “hermandades y asociaciones de caridad” con la finalidad de proteger a los pobres y desvalidos. La “Solidaridad Social” era la esencia de la seguridad social en la edad antigua y en la edad media.

Se crearon las instituciones de caridad pública y privada; pero, estas no tuvieron éxito debido a que la caridad no es halagadora por que hiere el honor provocando un panorama triste y desolador, se cambia a un cuadro voluntario y gratuito determinado por la capacidad de ayuda evolucionando hasta llegar hasta la “Previsión Social” llamada así por que viene a prevenir consecuencias de riesgo.

EDAD MEDIA.

En el feudalismo se registran uno de los más grandes antecedentes de la necesidad de una seguridad social y hasta se puede decir que de ahí nace por el constante abuso de los señores feudales donde lo único que frenaba estos abusos era la Iglesia Católica formando organizaciones de defensa y asistencia social como: “los Gremios de Mercaderes, las Órdenes Religiosas, las Cofradías de Artesanos, las Guildas, las Casas Señoriales, las Corporaciones, las Hermandades, etc.”, con la única finalidad todas estas de ofrecer una protección económica y humanitaria para ayudar al hermano en desgracia y al enfermo para consolarlo.

Surgen de igual forma las “Cajas de Ahorro, los Montepíos y el Seguro Marítimo” siendo éste el primer seguro privado (que podríamos ubicar en la actualidad en la teoría de los riesgos). El origen de las agrupaciones obedece quizá a la inseguridad que el mundo inhóspito le presentaba, por lo que sintió la necesidad de vivir en grupos con la idea del bienestar común.

EDAD MODERNA.

Tomás Moro: él se refiere a los “defectos sociales”, por lo que los trata como los problemas que agobiaban a los campesinos por la injusta distribución de las riquezas creando las “cofradías” que es un antecedente del derecho de la previsión social.

Se crea también, la Ley de Pobres que provoca la decadencia de los gremios, cofradías y de las guildas aunque éstas no desaparecen.

La Revolución Industrial provoca grandes problemas de seguridad social (por su régimen liberal e individualista) en la clase obrera principalmente, ya que se limitaba a la simple protección elemental. Por lo que el alto grado de industrialización fue provocado que se supliera la mano de obra humana por las máquinas, por lo que esa etapa fue denominada el “Maquinismo” sobre todo en los países europeos, lo que trajo como consecuencias que se aumentara la producción y se redujera la clase trabajadora.

La Seguridad Social no obstante que es una institución moderna, en su inspiración, es tan antigua como la necesidad del hombre de combatir esta inseguridad.

En Inglaterra, en 1561 se da un importante paso, con la publicación de la llamada “Ley de Pobres”, que significa el principio de la decadencia de las instituciones anteriormente mencionadas, que no desaparecerían, sino por el contrario, reaparecerían pero ahora institucionalizadas por el Estado.

El estallido de la Revolución Industrial trae aparejadas consecuencias de gran envergadura, entre las más importantes destaca la aparición de una nueva clase social: la OBRERA.

La enorme desproporción que las máquinas crean con su producción en serie, baja en costos, y en cambio la producción manual, más lenta, más cara y menos rentable, comienza a crear enormes monopolios y condiciones de vida infrahumanas debido al exceso de horas de trabajo a que son obligados a laborar los obreros de las fábricas bajo un sueldo mísero y envueltos en abusos de toda índole.

En la incipiente edad moderna, la clase trabajadora con el fenómeno del maquinismo y la revolución industrial tuvo la urgente necesidad de agruparse con fines profesionales y una mayor seguridad industrial y social integral.

Aspectos generales de la inseguridad social provocada por el Maquinismo:

- No se hacía nada para prevenir accidentes laborales.
- Existían jornadas demasiado largas de trabajo.
- No existían leyes protectoras para el trabajador ni dispositivos de seguridad laboral.

Surge el principio de solidaridad donde Marx en su “Manifiesto Comunista” habla de un trato justo y digno para la clase trabajadora cesando la explotación quien fue apoyado por Rerum Novarum.

Alemania retoma esa idea con la creación de los seguros sociales, en una primera etapa de carácter voluntario y, a partir de 1883 se crea el obligatorio para los trabajadores amparados por el Estado.

A continuación se analizan los dos modelos de seguridad social que son el antecedente de la seguridad social en México.

SEGURO SOCIAL DE BISMARCK “MARISCAL DE HIERRO”.

Otto Von Bismarck, ministro del rey de Prusia, fue el creador de la estrategia del control proletario, expidiendo leyes de excepción social, todo esto a raíz de la miseria del proletariado surgida por el desarrollo industrial. Expide leyes para cuestiones de trabajo y que tienen relación con la seguridad social como son las siguientes:

- 1869, Reglamentación para cuestiones de trabajo, protectora de la vida y de la salud de los operarios; con normas reguladoras del trabajo de mujeres y menores.
- 1881, establece un compendio de legislaciones que fueron la base para dar origen al seguro social.
- 1883, decreta el régimen del seguro de enfermedades.
- 1884, decreta un régimen del seguro de accidentes laborales.
- 1889, regula el seguro de vejez e invalidez.

Una de sus frases célebres fue: “Por caro que parezca el Seguro Social resulta menos caro que una Revolución”.

Reporta avances en las relaciones obrero patronal, adoptan medidas de previsión social y de seguridad e higiene en los centros de trabajo.

En 1850 Francia, promulgó la primera ley de Seguro de enfermedades, en 1907 Inglaterra promulgó una ley de accidentes de trabajo, en 1911 se promulgo el Código Federal de Seguridad Social.

De 1883 a 1919 otros países tomaron la experiencia de la seguridad social en Alemania, como Francia, Dinamarca e Inglaterra.

Conclusión: Este seguro propuesto por Bismark se caracteriza por ser un seguro OBLIGATORIO, solo para los trabajadores y se componía de forma tripartita, es decir, el seguro lo cubren tanto el trabajador, el patrón y el Estado.

SEGURO SOCIAL DE “BEVERIDGE” INGLATERRA.

Como ya se había mencionado Inglaterra en 1907, introduce la Ley de Reparación de Accidentes de Trabajo y el Sistema de Asistencia para Ancianos; William Beveridge, en 1942, presentó un informe conocido como “Plan Beveridge”, el cual ya perfeccionado en 1948 sirve para que se promulgue la Ley del Seguro Nacional, la cual establece la protección de accidentes y enfermedades de trabajo, la sanidad, atención a la niñez y asistencia a los desvalidos entre otros, así como el seguro social, como a continuación se mostrará.

- Este seguro establecía una garantía contra la miseria, las enfermedades etc., a través de una política social permanente del Estado. Beveridge hace ese seguro Universal, obligatorio y de extensión mediante una “contribución obligatoria”. - Alcanza un “Sistema Integral de Seguridad Social” otorgando un “Estado de Bienestar”.

Conclusión: Este seguro se caracteriza por ser UNIVERSAL, es decir, para todas las personas. Al ser así, es un seguro voluntario que se compone de forma bipartita, ya que el asegurado lo paga junto al Estado como una obligación de éste para la protección de todos los seres humanos.

Antecedentes históricos en México

A mediados del siglo XIX en nuestro país, la Seguridad Social era prácticamente inexistente. Lo mejor para un obrero (asalariado) debió ser el morir en su puesto de trabajo, ya que, si la vejez le impedía seguir desempeñando su empleo, era casi seguro que no tendría medio posible de subsistencia, porque no había un ahorro que le permitiera respaldar su retiro.

Durante el porfiriato, la industrialización que México debía alcanzar según los planes de Díaz y la mayoría de sus científicos, no podía detenerse por motivo de no contar con un sistema de Seguridad Social. Con el paso del tiempo, sus condiciones mejorarían, es decir, cuando los mexicanos accedieran a condiciones de vida más dignas. Por lo tanto, en esos momentos, unos cuantos Consejos de uno de los ecónomos principales de la época, Genaro García; manifestó que: “Sobre el ahorro a base de gastar sólo lo estrictamente necesario, debían bastar para tales fines”. Con el estallido de la Revolución, la ruina de muchas de las industrias y la muerte de casi un millón de mexicanos, no pudo hacerse gran cosa en el tema, pues el momento no era propicio. Cuando la revuelta concluyó, en 1917 la Constitución Política encuadró en su artículo 123 algunos esbozos de la Seguridad Social. Por desgracia, el gobierno de Carranza era débil, y no podía ocuparse sino de mantenerse donde estaba, en sentido político, por lo cual no se hace mucho caso de llevar a cabo sus ideales, y los hace a un lado.

El movimiento armado revolucionario que se originó el 20 de noviembre de 1910, representó la lucha de las mayorías inconformes con la realidad de la nación y se caracterizó por ser popular, eminentemente social, así como reivindicatoria de las clases obrera y campesina, revolución social que al cristalizar incorpora las garantías de los derechos sociales a la Constitución Federal de 1917, misma que si bien multirreformada en sus más de ocho décadas de existencia, aún nos rige. Quizá la mayor lección que nos legara nuestra Revolución Mexicana, puede resumirse en que ninguna libertad se gana sin esfuerzo, ni se conserva sin lucha.

En nuestro país, la primera referencia clara sobre Seguridad Social se encuentra en el Programa del Partido Liberal, publicado por el grupo de los hermanos Flores Magón, en el exilio en la ciudad de San Luis Missouri, Estados Unidos, el 1º de julio de 1906 en cuyo punto 27, -incluido en el

capítulo de “Capital y Trabajo”-, proponía obligar a los patrones a pagar indemnización por accidentes laborales y otorgar pensión a los obreros que hubiesen agotado sus energías en el trabajo.

Francisco I. Madero, en diciembre de 1911, formula las bases generales para una legislación obrera que, entre otras cosas, tocaba aspectos tales como las condiciones de seguridad y salubridad en los talleres y fábricas, al igual que la previsión social y seguros obreros. No obstante, la rebelión de Pascual Orozco impidió continuar esos estudios para elaborar el proyecto de ley que tenía planeado. En el año de 1913, después del asesinato del Presidente Madero, con un Congreso de la Unión bajo la opresión del gobierno usurpador de Victoriano Huerta, los Diputados Eduardo J. Correa y Román Morales, presentaron el 27 de mayo de ese año su proyecto de ley para remediar el daño procedente del riesgo profesional, mediante la creación de una “Caja del Riesgo Profesional”.

Los nuevos derechos sociales constituyeron la gran innovación de la norma fundamental en nuestro país, habiendo quedado plasmados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos promulgada el 5 de Febrero de 1917, que fue la culminación del movimiento revolucionario de principios de siglo; por lo demás en términos generales puede afirmarse que nuestra Carta Magna conservó la estructura de la Constitución Federal de 1857. En lo que más conviene resaltar ahora, es el artículo 123, en su fracción XXIX, el texto original de dicho precepto establecía literalmente:

Artículo 123.- Fracción XXIX.- “Se considera la utilidad social y el establecimiento de caja de seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidente y de otros fines análogos, por lo cual, tanto el gobierno Federal como el de cada Estado, deberán fomentar la Organización de Instituciones de esta índole para difundir e inculcar la previsión popular”.

Con el transcurso del tiempo fue necesario realizar algunas reformas a la Constitución, en las cuales se maneja la utilidad de expedir una Ley del Seguro Social en la cual se comprendan las ramas de aseguramiento, para lo cual se transcriben las siguientes reformas:

REFORMADO D. O. F. 6 DE SEPTIEMBRE DE 1929. “XXIX. Se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de la invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes y otra con fines análogos”.

(REFORMADA, D. O. F. 31 DE DICIEMBRE DE 1974) “XXIX.- Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares”.

Fue Manuel Ávila Camacho quien mandaría redactar la Ley del Seguro Social en 1943, como se puede observar pasaron más de 13 años para que se hiciera la publicación de una Ley del Seguro Social, la cual en un principio su publicación sería considerada de utilidad pública como se manejó en la reforma de 1929, y con respecto a la 2ª reforma está ya manifiesta que es de utilidad pública se cambia esa opción de consideración por el hecho de que sea realmente de utilidad pública; con lo cual se cambió su modo de actuar, y a partir de entonces crecería gradualmente, iniciando con las guarderías y prestaciones sociales a partir de 1956. Mediante Decreto expedido por el Congreso de la Unión, el 1º de abril de 1973, entró en vigor la Ley del Seguro Social misma que nos regiría hasta el 30 de junio de 1997, y a la cual se le hicieron una serie de reformas las cuales fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 20 de diciembre de 2001.

Actualmente, el derecho a la seguridad social ha sido objeto de diversas reformas sobre todo en lo tocante a las pensiones, la creación de los Institutos del Bienestar que vienen a complementar el seguro universal para todos.

1.3 Principios rectores de la seguridad social

Los principios fundamentales de la Seguridad Social los expresa Juan José Etala señalando que son:

A).- **Universalidad**, que consiste en la tendencia a cubrir o amparar, a todos los hombres, sin hacer distingo.

B).- **Integridad**, ya que se orienta hacia el amparo de todas las contingencias sociales.

C).- **Solidaridad**, porque distribuye las cargas económicas entre el mayor número de personas.

D).- **Unidad**, ya que exige una armonía legislativa, administrativa y financiera del sistema.

E).- Subsidiariedad, porque en primer término cada cual debe resolver sus problemas y sólo, en su defecto, habrá de recurrir a los beneficios del Seguro Social. Entre nosotros no es admisible este principio ya que el Instituto Mexicano del Seguro Social es deudor principal.

1.4 Fundamentos constitucionales de la seguridad social

El derecho de la seguridad social encuentra su fundamento en el artículo 123 Apartado A fracción XXIX y en el Apartado B fracción XI que en seguida se transcriben:

***Apartado A:** Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares.*

***Apartado B.** La seguridad social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas:*

- a) Cubrirá los accidentes y enfermedades profesionales; las enfermedades no profesionales y maternidad; y la jubilación, la invalidez, vejez y muerte.
- b) En caso de accidente o enfermedad, se conservará el derecho al trabajo por el tiempo que determine la ley.
- c) Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un mes de descanso antes de la fecha fijada aproximadamente para el parto y de otros dos después del mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el período de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos. Además, disfrutarán de asistencia médica y obstétrica, de medicinas, de ayudas para la lactancia y del servicio de guarderías infantiles.
- d) Los familiares de los trabajadores tendrán derecho a asistencia médica y medicinas, en los casos y en la proporción que determine la ley.
- e) Se establecerán centros para vacaciones y para recuperación, así como tiendas económicas para beneficio de los trabajadores y sus familiares.

f) Se proporcionarán a los trabajadores habitaciones baratas, en arrendamiento o venta, conforme a los programas previamente aprobados.

FUNDAMENTO DEL INFONAVIT

Además, el Estado mediante las aportaciones que haga, establecerá un fondo nacional de la vivienda a fin de constituir depósitos en favor de dichos trabajadores y establecer un sistema de financiamiento que permita otorgar a éstos crédito barato y suficiente para que adquieran en propiedad habitaciones cómodas e higiénicas, o bien para construirlas, repararlas, mejorarlas o pagar pasivos adquiridos por estos conceptos.

Las aportaciones que se hagan a dicho fondo serán enteradas al organismo encargado de la seguridad social regulándose en su Ley y en las que corresponda, la forma y el procedimiento conforme a los cuales se administrará el citado fondo y se otorgarán y adjudicarán los créditos respectivos.

El derecho a la seguridad social ha ido progresando en México por ello, actualmente se realizó una reforma constitucional de 2020 para garantizar el acceso a un seguro de salud para todos los seres humanos, sin importar la afiliación a una institución de seguridad social, así como el derecho a gozar de una pensión para los adultos mayores y personas en situación de discapacidad y para mejor proveer en seguida se enuncia el artículo 4 cuarto:

Art. 4 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. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.

El Estado garantizará la entrega de un apoyo económico a las personas que tengan discapacidad permanente en los términos que fije la Ley. Para recibir esta prestación tendrán prioridad las y los menores de dieciocho años, las y los indígenas y las y los afromexicanos hasta la edad de sesenta y cuatro años y las personas que se encuentren en condición de pobreza.

Las personas mayores de sesenta y ocho años tienen derecho a recibir por parte del Estado una pensión no contributiva en los términos que fije la Ley. En el caso de las y los indígenas y las y los afroamericanos esta prestación se otorgará a partir de los sesenta y cinco años de edad.

1.5 Conceptos fundamentales de seguridad social

La **seguridad social** es la protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia.

La seguridad social está claramente definida en los Convenios de la OIT y en los instrumentos de la ONU como un derecho fundamental –aunque en realidad sólo una pequeña proporción de la gente en nuestro planeta disfrute del mismo. Definida en términos generales como un sistema basado en cotizaciones que garantiza la protección de la salud, las pensiones y el desempleo así como las prestaciones sociales financiadas mediante impuestos, la seguridad social se ha convertido en un reto universal en un mundo globalizado.

Concepto de previsión:

Del latín previsión acción y efecto de prever. Es la acción de considerar las eventualidades futuras y de prepararse para atenderlas en su día.

Previsión social

Es la que trata de evitar o reparar los riesgos o daños que pueden ocurrir a un individuo, como consecuencia de la edad, enfermedades, los accidentes de trabajo o causas parecidas.

Seguridad social

Es sinónimo de bienestar, de salud, de ocupación adecuada y segura, de amparo contra todos los infortunios y prevención. ART. 2 L.S.S

Seguro social

Es el instrumento jurídico del derecho obrero, por el cual una institución pública queda obligada mediante una cuota fiscal o de otra índole que pagan los patrones, los trabajadores y el Estado, o solo alguno de estos, a entregar al asegurado o beneficiarios que deben ser elementos económicamente débiles, una pensión o subsidio, cuando se realicen alguno de los riesgos profesionales o siniestros de carácter social. Art. 4 LSS

1.6 Organismos internacionales sobre seguridad social

La Asociación Internacional de la Seguridad Social



Es la organización internacional líder a nivel mundial que reúne a instituciones de seguridad social, ministerios y entidades gubernamentales.

Las raíces de la Asociación Internacional de la Seguridad Social se encuentran en las mutuas de seguros, la respuesta colectiva de los trabajadores europeos de la industria del siglo XIX a la enfermedad, al desempleo, a la discapacidad y a la vejez. En el lapso de nueve décadas, la AISS se ha expandido hacia una verdadera Asociación mundial, que reúne a más de 320 organizaciones de la seguridad social de más de 150 países. Ante los inmensos desafíos a los que el mundo hace frente, se requerirá más que nunca su compromiso de promoción de la seguridad social para asegurar una justicia social para todos.

La Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS)



Es un organismo internacional, técnico y especializado, que tiene como finalidad promover el bienestar económico y social de los países iberoamericanos y de todos aquellos que se vinculan por los idiomas español y portugués, mediante la coordinación, intercambio y aprovechamiento de sus experiencias mutuas en Seguridad Social.

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)



Fundada en 1942, es un organismo internacional técnico y especializado, que tiene el objetivo de fomentar el desarrollo de la protección y seguridad social en América.

Está integrada por 83 miembros de 36 países y territorios de América, entre los que figuran instituciones titulares, asociadas, adherentes y vinculadas por país, todas ellas con tareas relacionadas con la protección y seguridad social en las áreas de normatividad, administración, gestión, supervisión, estudios e investigación.

La OIT

Fue creada en 1919, como parte del Tratado de Versalles que terminó con la Primera Guerra Mundial, y reflejó la convicción de que la justicia social es esencial para alcanzar una paz universal y permanente.

La OIT ha realizado aportes importantes al mundo del trabajo desde sus primeros días. La primera Conferencia Internacional del Trabajo en Washington en octubre de 1919 adoptó seis Convenios Internacionales del Trabajo, que se referían a las horas de trabajo en la industria,

desempleo, protección de la maternidad, trabajo nocturno de las mujeres, edad mínima y trabajo nocturno de los menores en la industria.

El Consejo Económico y Social

Forma parte del núcleo del sistema de las Naciones Unidas y tiene como objetivo promover la materialización de las tres dimensiones del desarrollo sostenible (económica, social y ambiental). Este órgano constituye una plataforma fundamental para fomentar el debate y el pensamiento innovador, alcanzar un consenso sobre la forma de avanzar y coordinar los esfuerzos encaminados al logro de los objetivos convenidos internacionalmente. Asimismo, es responsable del seguimiento de los resultados de las grandes conferencias y cumbres de las Naciones Unidas.

La Carta de las Naciones Unidas estableció la creación del ECOSOC en 1945, que se convirtió en uno de los seis órganos principales de las Naciones Unidas.

1.7 Convenios internacionales sobre seguridad social

La seguridad social puede entenderse como las medidas que establece el Estado para garantizar a cada persona su derecho a un ingreso digno y apropiada protección para salud, a la seguridad social deben contribuir, patrones, obreros y el Estado.

Para la Organización Internacional del Trabajo (OIT) *el derecho humano a la seguridad social comprende: [...] la protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia.*

El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales en su Observación general No. 19. El derecho a la seguridad social (artículo 9), comparte el núcleo esencial precisado por la OIT, y señala que este derecho humano: [...] incluye el derecho a obtener y mantener prestaciones sociales, ya sea en efectivo o en especie, sin discriminación, con el fin de obtener protección, en particular, contra:

- a) la falta de ingresos procedentes del trabajo debido a enfermedad, invalidez, maternidad, accidente laboral, vejez o muerte de un familiar;
- b) gastos excesivos de atención a la salud;
- c) apoyo familiar insuficiente, en particular para los hijos y los familiares a cargo.

La seguridad social en el ámbito de cada país, se complementa con los avances que han impulsado organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas y la OIT, mediante la celebración de tratados y otros instrumentos jurídicos.

Desde 1944, la Declaración de Filadelfia de la OIT exhortaba a la comunidad internacional a ampliar las medidas de seguridad social mediante cooperación entre las instancias encargadas de esa materia en cada nación.

La OIT promueve la celebración de tratados relacionados con las materias de trabajo y seguridad social que reciben el nombre de convenios. Nuestro país ha firmado y ratificado, algunos de estos instrumentos, pueden mencionarse los siguientes:

- Convenio relativo a la indemnización de desempleo en caso de pérdida por naufragio, Número 8.13
- Convenio relativo a la indemnización por accidentes del trabajo en la agricultura, Número 12
- Convenio relativo a la aplicación del descanso semanal en las empresas industriales, Número 14.15
- Convenio relativo a la igualdad de trato entre los trabajadores extranjeros y nacionales en materia de indemnización por accidentes del trabajo, Número 19.16
- Convenio relativo al establecimiento de métodos para la fijación de salarios mínimos, Número 26.17
- Convenio relativo a la reglamentación de las horas de trabajo en el comercio y las oficinas, Número 30.
- Convenio relativo a la protección del salario, Número 95.19
- Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, Número 155.20
- Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo, Número 161

La Declaración Universal de los Derechos Humanos establece:

Artículo 22. Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad

Y en ese sentido, de manera complementaria, reconoce:

Artículo 25. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros.

El **Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales** consagra el derecho a la seguridad social:

Artículo 9. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social

En ese sentido la **Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer** proclama:

Artículo 11. 1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, los mismos derechos, en particular: e) El derecho a la seguridad social, en particular en casos de jubilación, desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otra incapacidad para trabajar, así como el derecho a vacaciones pagadas.

La **Convención sobre los Derechos del Niño** consagra también este derecho:

Artículo 26. 1. Los Estados Partes reconocerán a todos los niños el derecho a beneficiarse de la seguridad social, incluso del seguro social, y adoptarán las medidas necesarias para lograr la plena realización de este derecho de conformidad con su legislación nacional.

La **Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y sus Familiares** establece:

Artículo 27. 1. Los trabajadores migratorios y sus familiares gozarán en el Estado de empleo, con respecto a la seguridad social, del mismo trato que los nacionales en la medida en que cumplan los requisitos previstos en la legislación aplicable de ese Estado o en los tratados bilaterales y multilaterales aplicables. Las autoridades competentes del Estado de origen y del Estado de empleo podrán tomar en cualquier momento las disposiciones necesarias para determinar las modalidades de aplicación de esta norma.

Por su parte, la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** prescribe:

Artículo 28. Nivel de vida adecuado y protección social. 1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad...promover el ejercicio de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad. e) Asegurar el acceso en igualdad de condiciones de las personas con discapacidad a programas y beneficios de jubilación.

El derecho humano a la seguridad social ha sido reconocido en diversos instrumentos del Sistema Interamericano; así, la **Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre** de 1948, establece en su artículo XVI:

Toda persona tiene derecho a la seguridad social que le proteja contra las consecuencias de la desocupación, de la vejez y de la incapacidad que, proveniente de cualquier otra causa ajena a su voluntad, la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios de subsistencia.

El Protocolo de Reformas a la **Carta de la Organización de los Estados Americanos** “Protocolo de Buenos Aires” establece que:

Artículo 44. Los Estados Miembros reconocen que, para facilitar el proceso de la integración regional latinoamericana, es necesario armonizar la legislación social de los países en desarrollo, especialmente en el campo laboral y de la seguridad social, a fin de que los derechos de los trabajadores sean igualmente protegidos, y conviene en realizar los máximos esfuerzos para alcanzar esta finalidad

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como Protocolo de San Salvador, refiere:

Artículo 9. Toda persona tiene derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez y de la incapacidad que la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa. En caso de muerte del beneficiario, las prestaciones de seguridad social serán aplicadas a sus dependientes. Cuando se trate de personas que se encuentran trabajando, el derecho a la seguridad social cubrirá al menos la atención médica y el subsidio o jubilación en casos de accidentes de trabajo o de enfermedad profesional y, cuando se trate de mujeres, licencia retribuida por maternidad antes y después del parto.

Los Estados parte del Pacto DESC tienen obligaciones que cumplir para garantizar el acceso a la seguridad social, estas obligaciones jurídicas son generales y específicas. Las obligaciones jurídicas generales son:

- Garantizar el ejercicio del derecho a la seguridad social sin discriminación.
- Garantizar la igualdad de derechos entre hombres y mujeres.
- Adoptar medidas que garanticen el acceso a vivienda digna, salud, vestido y alimentación de las personas

Las obligaciones jurídicas específicas abarcan tres aspectos:

- 1) **Obligación de respetar.** Los Estados deben abstenerse de interferir directa e indirectamente, en el disfrute del derecho a la seguridad social.
- 2) **Obligación de proteger.** Los Estados deben impedir que cualquier tercero interfiera de algún modo, en el disfrute del derecho a la seguridad social.
- 3) **Obligación de cumplir.** Los Estados deben adoptar medidas que garanticen el derecho a la seguridad social, a fin de establecer un sistema de seguridad social adecuado, al alcance de cada persona

Asimismo, los Estados deben cumplir con obligaciones básicas para asegurar la satisfacción de niveles mínimos indispensables, son:

- a) Asegurar el acceso a sistemas de seguridad social que ofrezcan un mínimo de prestaciones para obtener atención esencial de salud, alojamiento y vivienda básicos, entre otros.
- b) Asegurar que el acceso a los sistemas o planes de seguridad social se dé sin discriminación.
- c) Respetar y proteger los sistemas de seguridad social.
- d) Adoptar estrategias y planes de seguridad social a nivel nacional.

1.8 El convenio 102 de la OIT

El Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) , es el convenio faro de la OIT sobre este tema, puesto que es el único instrumento internacional, basado en principios fundamentales de seguridad social, que establece normas mínimas aceptadas a nivel mundial para las nueve ramas de la seguridad social. Estas ramas son:

- Asistencia médica
- Prestaciones monetarias de enfermedad
- Prestaciones de desempleo
- Prestaciones de vejez
- Prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedad profesional
- Prestaciones familiares

- Prestaciones de maternidad
- Prestaciones de invalidez
- Prestaciones de sobrevivientes

Si bien el Convenio núm. 102 abarca todas estas ramas, los Estados Miembros solamente necesitan ratificar tres de ellas, lo que permite una extensión progresiva de la cobertura de la seguridad social en los países que lo ratifican.

Los objetivos mínimos del Convenio se refieren, para cada una de las nueve ramas, al porcentaje de la población protegida por sistemas de seguridad social, al nivel de la prestación mínima que se garantiza a las personas protegidas, así como a los requisitos para tener derecho a prestaciones y el periodo de derecho a las prestaciones. El Convenio núm. 102 no prescribe la manera de lograr estos objetivos, sino que deja una cierta flexibilidad a los Estados Miembros. Los objetivos pueden alcanzarse a través de:

- a) Regímenes universales;
- b) Regímenes de seguridad social con componentes relacionados con los ingresos o de tasa fija o ambos;
- c) Regímenes de asistencia social.

Los principios establecidos en el Convenio núm. 102 son:

- ✓ La garantía de prestaciones definidas;
- ✓ La participación de los empleadores y de los trabajadores en la administración de los regímenes;
- ✓ La responsabilidad general del Estado en lo que se refiere a las prestaciones concedidas y a la buena administración de las instituciones; y
- ✓ El financiamiento colectivo de las prestaciones por medio de cotizaciones o de impuestos.

El Convenio núm. 102 exige igualmente la realización de valuaciones actuariales de manera regular para garantizar la sostenibilidad de los regímenes. Además, el Convenio núm. 102 establece que los regímenes de seguridad social deben ser administrados sobre una base tripartita con el fin de garantizar y fortalecer el diálogo social entre gobiernos, empleadores y trabajadores.

El Convenio núm. 102 es considerado como una herramienta para la extensión de la cobertura de la seguridad social y proporciona un incentivo a los países que lo han ratificado al ofrecerles flexibilidad en su aplicación, en función de sus niveles socioeconómicos.

En 2001, el Consejo de Administración de la OIT confirmó su estatus de norma actualizada, y la Conferencia Internacional del Trabajo en 2011 lo reconoció como un punto de referencia en el desarrollo gradual de una cobertura de seguridad social integral a nivel nacional. El Convenio núm. 102 ha sido ratificado por 48 Estados Miembros de la OIT desde su entrada en vigor en 1952, y se esperan más ratificaciones en los años a venir. El último país en ratificar el Convenio núm. 102 fue Honduras, en 2012.

1.9 La seguridad social un derecho humano fundamental

Cuando se considere que alguna prestación relacionada con el derecho a la seguridad social no ha sido otorgada por la institución que tiene la obligación primaria de brindarla, es posible recibir orientación y apoyo jurídico gratuito para interponer acciones que permitan la satisfacción de esos derechos vulnerados.

En nuestro país esta labor se cumple principalmente por la Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo y por la Procuraduría de la Defensa de los Trabajadores al Servicio del Estado. La Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo (PROFEDET) es un organismo desconcentrado de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social que, de acuerdo con el artículo 530 de la Ley Federal del Trabajo, tiene las funciones de representar o asesorar a los trabajadores y a sus sindicatos, ante cualquier autoridad, en las cuestiones que se relacionen con la aplicación de las normas de trabajo.

La Procuraduría de la Defensa de los Trabajadores al Servicio del Estado (PRODETSE) es la instancia destinada, en términos del artículo 122 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional, a la defensa de los intereses de los trabajadores que presta sus servicios en forma gratuita y representa o asesora a los trabajadores.

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) es el organismo encargado de proteger y promover los derechos humanos que ampara el orden jurídico mexicano. Fue creada en 1992 en virtud de la adición constitucional del apartado B al artículo 102, siete años después, en 1999, se fortaleció constituyéndose como una institución con plena autonomía de gestión y presupuestaria.

El artículo 3° de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos la faculta para conocer de quejas relacionadas con presuntas violaciones a los derechos humanos imputadas a las autoridades y servidores públicos federales.

En 2011 la CNDH estableció la Sexta Visitaduría General, la cual se encarga de atender problemáticas relacionadas con los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA) donde se ubica el derecho humano a la seguridad social. Aunado a las labores de protección y defensa de los derechos humanos, la CNDH realiza actividades de promoción y difusión de esos derechos, y se suma al propósito de fortalecer el ejercicio de los derechos, de la normatividad, de las políticas públicas relacionadas con esta materia y el desarrollo de prácticas administrativas que redunden en una mayor protección a los derechos humanos y la dignidad de las personas.

1.10 El seguro social

*El **Seguro Social** es el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional y con la finalidad de garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.*

La organización y administración del Seguro Social 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 (IMSS), el cual tiene también el carácter de organismo fiscal autónomo.

1.11 Tipos de seguro social

De conformidad con la Ley del Seguro Social, la afiliación al IMSS comprende dos tipos de regímenes, el Obligatorio y el Voluntario. Los esquemas de prestaciones y requisitos de acceso, así como el financiamiento, son diferentes en cada caso:

- I. En el **Régimen Obligatorio** una persona es afiliada por su patrón por tener una relación laboral subordinada y remunerada, lo que obliga a su aseguramiento. En esta categoría, se encuentra 67.8% de los asegurados.
- II. El **Régimen Voluntario** es producto de una decisión individual o colectiva; en este caso se encuentran los afiliados al Seguro de Salud para la Familia (SSFAM), al Seguro Facultativo (estudiantes), entre otros. En este grupo, se encuentra el restante 32.2% de los asegurados del IMSS.

La Ley del Seguro Social establece que el esquema de prestaciones del Régimen Obligatorio comprende todos los seguros ofrecidos por el IMSS de:

- 1) Riesgos de Trabajo (SRT);
- 2) Enfermedades y Maternidad (SEM);
- 3) Invalidez y Vida (SIV);
- 4) Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV) , y
- 5) Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS).

En el Régimen Voluntario, el Seguro de Salud para la Familia y el Seguro Facultativo (estudiantes) en conjunto concentran cerca de 92.9% de este régimen. Mientras que la menor afiliación se reporta en los trabajadores domésticos, los patrones personas físicas, los trabajadores independientes y la incorporación voluntaria de trabajadores del campo, os que en conjunto participan con 0.6% del empleo voluntario. El Seguro de Salud para la Familia ofrece cobertura a todas las familias que celebran un convenio con el IMSS para el otorgamiento de las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad.

De la misma manera, el Seguro Facultativo, compuesto en su gran mayoría por estudiantes de instituciones públicas de nivel medio y superior que no cuentan con cobertura de ninguna institución de seguridad social, otorga las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad.

I.12 Sistema de seguridad social en México

La seguridad social es una institución nacida de la solidaridad humana, que se manifiesta en la reacción de ayudar a personas o grupos en estado de necesidad.

La Seguridad Social es un término que se refiere al bienestar de las y los ciudadanos, integrantes de una comunidad.

La Organización Internacional de Trabajo la define como la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos e hijas.

La seguridad social se encuentra encaminada a la protección y mejoramiento de los niveles de bienestar de las personas trabajadoras y sus familias.

Reforma del artículo 1º constitucional

A partir de la reforma constitucional del 10 junio del año 2011, la seguridad social como derecho humano, se encuentra protegido por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en términos de su artículo 1º que señala:

“En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.”

¿Quién tiene a cargo la seguridad social?

En la actualidad México cuenta con varios sistemas de seguridad social, de los cuales destacan dos instituciones públicas que proveen seguridad social:

- **El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).**

De forma obligatoria para las personas que se encuentran vinculadas a otras por una relación de trabajo, las y los socios de sociedades cooperativas, y las personas que determine el Ejecutivo Federal a través del Decreto respectivo.

- **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).**

De forma obligatoria para las personas trabajadoras de los Poderes de la Unión (Ejecutivo, Legislativo, Judicial e Institutos Autónomos), en materia Federal, así como para la Ciudad de México.

Para las personas trabajadoras de los Estados, siempre y cuando exista convenio entre el estos y el ISSSTE.

¿Qué seguros ampara la Ley del Seguro Social y la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado?

- Riesgos de trabajo (accidente o enfermedad de trabajo);
- Enfermedades y maternidad; (atención médica y pago de incapacidades);
- Invalidez (enfermedad general que le impida laboral);
- Vida (muerte del asegurado);
- Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez (pensión por edad y años cotizados); y
- Guarderías y prestaciones sociales.

Además, la Ley del ISSSTE señala para las personas trabajadoras que se encuentran trabajando antes del 2007 y escogieron la aplicación del artículo decimo transitorio, los seguros de:

- Jubilación;
- Retiro por edad y tiempo de servicios.

El Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas

Es un organismo descentralizado sectorizado a la Secretaría de la Defensa Nacional dedicada a brindar seguridad social de salud, vivienda y pensionaria a los miembros activos y retirados de las Fuerzas Armadas de México, así como a sus familiares

Instituciones de seguridad social en las 31 entidades federativas

Cada entidad federativa tiene su propio instituto de seguridad social, en el caso de los trabajadores del Gobierno de Chiapas, corresponde el ISSSTECH.

UNIDAD II El seguro social en México

2.1 El IMSS, facultades y estructura



*El **Instituto Mexicano del Seguro Social** es un organismo descentralizado, con personalidad jurídica propia, fue creado en 1943. Forma parte, además, del sistema encaminado a la protección de la clase trabajadora, de sus familias y de la comunidad misma, contra los riesgos derivados del trabajo y de la existencia en general.*

La misión del Instituto Mexicano del Seguro Social es otorgar a los trabajadores mexicanos y sus familias la protección suficiente y oportuna ante contingencias tales como la enfermedad, la invalidez, la vejez o la muerte. La protección se extiende no sólo a la salud, prerequisite indispensable de toda actividad, sino también a los medios de subsistencia, cuando la enfermedad impide, en forma temporal o permanente, que el trabajador continúe ejerciendo su actividad productiva.

Un conjunto de servicios sociales de beneficio colectivo complementa las prestaciones fundamentales y se orienta a incrementar el ingreso familiar, aprender formas de mejorar los niveles de bienestar, cultivar aficiones artísticas y culturales y hasta propiciar una mejor utilización de tiempo libre.

La LSS expresa así todo lo anterior: la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. El principal instrumento de la seguridad social es el Seguro Social, cuya organización y administración se encarga precisamente a la institución llamada IMSS.

CARACTERÍSTICAS DEL IMSS COMO ORGANISMO DESCENTRALIZADO.

- I. **Personalidad Jurídica propia.** Es un organismo creado por ley o decreto, de parte del Ejecutivo.
- II. **Organismo de Representación,** cuenta además con órganos unipersonales, pluripersonales o colegiados.- Esta característica se refiere al hecho de que dicho ente creará para sí un órgano que lo va a representar, mismo que estará integrado en forma colegiada, el cual será representado por el sector o grupo social al que se dirige especialmente el servicio.
- III. **Con Patrimonio Propio.-** El organismo desde el momento en que es creado se determinará como quedará conformado su patrimonio siendo éste el conjunto de bienes y derechos con que cuentan para el cumplimiento de su objeto. Estos bienes generalmente son equiparables con los de dominio público, por el destino que tienen, pues son necesarios y están afectos a la prestación del servicio público relativo.
- IV. Con **Denominación propia** la cual lo distingue de las demás.
- V. **Régimen Jurídico.-** Respecto de esta característica, se puede deducir, ya que se tiene el conocimiento de que dicho organismo cuenta para su desempeño con una la Ley o reglamento, mismos que son el conjunto normativo formal y material que regula su existencia, objeto y actividad.
- VI. **Autarquía.-** Esta última característica consiste en el poder de decisión que ejercen sus órganos internos de gobierno, con la autonomía técnica y orgánica que poseen debido a la independencia de su régimen financiero, y por encontrarse atenuada la jerarquía de sus órganos de mando con relación a la administración central.

CARACTERÍSTICAS DEL IMSS COMO ORGANISMO AUTONOMO FISCAL.

El Instituto, en su carácter de organismo fiscal autónomo, se deberá sujetar al régimen establecido en la LSS, ejerciendo las atribuciones que la misma le confiere de manera ejecutiva, con autonomía de gestión y técnica, en los ámbitos regulados en la misma. Por lo que tenemos que dentro de sus características se encuentran:

- I. **Competencia Tributaria.-** En materia de recaudación y administración de las contribuciones que conforme a la LSS le corresponden, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 2º, fracción II y penúltimo párrafo, del CFF, 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 la LSS, aplicando al efecto lo dispuesto en la misma y en lo no previsto expresamente en ella el CFF, 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.
- II. **Identifica al sujeto de la Obligación.-** En el momento en que el patrón, trabajador o sujeto de aseguramiento se da de alta en el IMSS, este ubica al sujeto que será responsable ante el IMSS.
- III. **Precisa las bases de liquidación, las fija en cantidad líquida, las cobra y percibe, dándole competencia tributaria.-** Es decir, que da a conocer al sujeto de aseguramiento como se realiza la determinación de las cuotas en cantidad líquida.

El Instituto, en materia de su presupuesto, gasto y contabilidad, se regirá por lo dispuesto en la LSS y, en lo no previsto expresamente en ella, podrá aplicarse la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal y las disposiciones que de ella emanen.

Los servidores públicos del Instituto serán responsables de cualquier daño o perjuicio estimable en dinero que afecte a la Hacienda Pública Federal o el patrimonio del propio Instituto, por lo que resultará aplicable la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal, sin perjuicio de lo dispuesto en la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos y en la Ley de Fiscalización Superior de la Federación.

Esta es una buena medida, que por parte del Congreso de la Unión se ha tomado para evitar que los servidores públicos encargados de la seguridad social, provoquen un detrimento en el patrimonio del Instituto, en virtud de que se han desviado sus recursos económicos en otros aspectos que no son propiamente para cumplir con los fines de la seguridad social.

El IMSS para su desempeño se encuentra conformado por diferentes órganos superiores, a los cuales la LSS dedica un capítulo a cada uno de éstos. Dichos organismos son:

- a).- **Asamblea General.**
- b).- **Consejo Técnico.**
- c).- **Comisión de Vigilancia.**
- d).- **La Dirección General.**

A continuación se hará una descripción acerca de cada uno de los organismos superiores del IMSS sobre su conformación, atribuciones, dando inicio con:

a. Asamblea General: Es la autoridad suprema del Instituto, ésta se integra de manera tripartita y cuenta con 30 miembros, de los cuales: 104 - 10 miembros son nombrados por el Ejecutivo Federal - 10 miembros son designados por las organizaciones patronales - 10 miembros de las organizaciones de trabajadores.

b. Consejo Técnico: Es el órgano que en jerarquía le sigue a la Asamblea General, pero sin lugar a dudas resulta ser el más importante en la operación cotidiana de la institución. Por lo tanto tenemos que este es el órgano de gobierno, que se va a encargar de ser el representante legal y administrador del IMSS; y se va a conformar por 12 miembros, mismos que serán nombrados en forma tripartita: 106 - 4 representantes patronales. - 4 representantes obreros. - 4 representantes del Estado.

c. Comisión de Vigilancia: Este órgano pluripersonal está compuesto hasta por 6 miembros designados por conducto de la Asamblea General, quien propondrá, por cada uno de los sectores representativos que la constituyen, dos miembros propietarios y dos suplentes, quienes permanecerán en su cargo seis años y podrán ser reelectos.

2.2 Registro y afiliación ante el IMSS

Para el registro y afiliación en el IMSS es importante mencionar que es OBLIGATORIO para los trabajadores siguientes:

Artículo 12. Son sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio:

- I. Las personas que de conformidad con los artículos 20 y 21 de la Ley Federal del Trabajo presten un servicio remunerado, personal y subordinado**
- II. Los socios de sociedades cooperativas**
- III. Las personas que determine el Ejecutivo Federal**
- IV. Las personas trabajadoras del hogar.**

Lo anterior en virtud de ser una obligación que el patrón tiene:

Artículo 15 de la ley del seguro social. Los patrones están obligados a:

- I. Registrarse e inscribir a sus trabajadores en el Instituto, comunicar sus altas y bajas, las modificaciones de su salario y los demás datos, dentro de plazos no mayores de cinco días hábiles;***

Ahora bien, en el régimen voluntario pueden acceder al seguro familiar de salud las siguientes personas:

- I. El asegurado;**
- II. El pensionado**

- III. La esposa del asegurado o, a falta de ésta, la mujer con quien ha hecho vida marital durante los cinco años anteriores a la enfermedad, o con la que haya procreado hijos, siempre que ambos permanezcan libres de matrimonio.
- IV. Los hijos menores de dieciséis años del asegurado y de los pensionados
- V. Los hijos del asegurado cuando no puedan mantenerse por su propio trabajo debido a una enfermedad crónica o discapacidad por deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, hasta en tanto no desaparezca la incapacidad que padecen o hasta la edad de veinticinco años
- VI. Los hijos mayores de dieciséis años de los pensionados por invalidez, cesantía en edad avanzada y vejez
- VII. El padre y la madre del asegurado que vivan en el hogar de éste
- VIII. El padre y la madre del pensionado

El trámite para la afiliación es muy sencillo, ya que se puede realizar por internet

Ingresa a la página web del IMSS a la sección de servicios digitales.

Ten a la mano tu CURP y correo electrónico personal.

Para realizar el trámite en línea deberás tener a la mano:

1. Clave Única de Registro de Población (CURP), por cada integrante del grupo familiar.
2. Número de Seguridad Social (NSS), por cada integrante del grupo familiar.
3. Correo electrónico.
4. En su caso, datos para responder el cuestionario médico proporcionado por el IMSS, llenado por el solicitante y por cada familiar a asegurar, cuando aplique. Original.

2.3 El salario base de cotización

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.

Se excluyen como integrantes del salario base de cotización, dada su naturaleza, los siguientes conceptos:

- I. Los instrumentos de trabajo tales como herramientas, ropa y otros similares;
- II. El ahorro, cuando se integre por un depósito de cantidad semanal, quincenal o mensual igual del trabajador y de la empresa; si se constituye en forma diversa o puede el trabajador retirarlo más de dos veces al año, integrará salario; tampoco se tomarán en cuenta las cantidades otorgadas por el patrón para fines sociales de carácter sindical;
- III. Las aportaciones adicionales que el patrón convenga otorgar a favor de sus trabajadores por concepto de cuotas del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez;
- IV. Las cuotas que en términos de esta Ley le corresponde cubrir al patrón, las aportaciones al Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, y las participaciones en las utilidades de la empresa;
- V. La alimentación y la habitación cuando se entreguen en forma onerosa a los trabajadores; se entiende que son onerosas estas prestaciones cuando el trabajador pague por cada una de ellas, como mínimo, el veinte por ciento del salario mínimo general diario que rija en la Cd. de México;
- VI. Las despensas en especie o en dinero, siempre y cuando su importe no rebase el cuarenta por ciento del salario mínimo general diario vigente en la Cd. de México;
- VII. Los premios por asistencia y puntualidad, siempre que el importe de cada uno de estos conceptos no rebase el diez por ciento del salario base de cotización;
- VIII. Las cantidades aportadas para fines sociales, considerándose como tales las entregadas para constituir fondos de algún plan de pensiones establecido por el patrón o derivado de contratación colectiva. Los planes de pensiones serán sólo los que reúnan los requisitos que establezca la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, y

- IX. El tiempo extraordinario dentro de los márgenes señalados en la Ley Federal del Trabajo. Para que los conceptos mencionados en este precepto se excluyan como integrantes del salario base de cotización, deberán estar debidamente registrados en la contabilidad del patrón. En los conceptos previstos en las fracciones VI, VII y IX cuando el importe de estas prestaciones rebase el porcentaje establecido, solamente se integrarán los excedentes al salario base de cotización.

Los asegurados se inscribirán con el salario base de cotización que perciban en el momento de su afiliación, estableciéndose como límite superior el equivalente a veinticinco veces el salario mínimo general que rija en la Cd. de México y como límite inferior el salario mínimo general del área geográfica respectiva.

Para determinar la forma de cotización se aplicarán las siguientes reglas:

- IX. El mes natural será el período de pago de cuotas;
- X. 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
- XI. 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.

Para determinar el salario diario base de cotización se estará a lo siguiente:

- I. Cuando además de los elementos fijos del salario el trabajador percibiera regularmente otras retribuciones periódicas de cuantía previamente conocida, éstas se sumarán a dichos elementos fijos;
- II. Si por la naturaleza del trabajo, el salario se integra con elementos variables que no puedan ser previamente conocidos, se sumarán los ingresos totales percibidos durante los dos meses inmediatos anteriores y se dividirán entre el número de días de salario devengado en ese período. Si se trata de un trabajador de nuevo ingreso, se tomará el salario probable que le corresponda en dicho período, y

- III. En los casos en que el salario de un trabajador se integre con elementos fijos y variables, se considerará de carácter mixto, por lo que, para los efectos de cotización, se sumará a los elementos fijos el promedio obtenido de los variables en términos de lo que se establece en la fracción anterior

Corresponde al salario base de cotización con el cual un patrón registra al trabajador en el Seguro Social y puede ser diferente al salario real.

Se obtiene multiplicando el salario diario base de cotización del año referido, por 365 días y dividido entre 12 meses.

En tanto el patrón no presente al Instituto el aviso de baja del trabajador, subsistirá su obligación de cubrir las cuotas obrero patronales respectivas; sin embargo, si se comprueba que dicho trabajador fue inscrito por otro patrón, el Instituto devolverá al patrón omiso, a su solicitud, el importe de las cuotas obrero patronales pagadas en exceso, a partir de la fecha de la nueva alta.

El patrón al efectuar el pago de salarios a sus trabajadores, deberá retener las cuotas que a éstos les corresponde cubrir. Cuando no lo haga en tiempo oportuno, sólo podrá descontar al trabajador cuatro cotizaciones semanales acumuladas, quedando las restantes a su cargo. 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.

2.4 Sujetos del regimen obligatorio

Es necesario remitirnos a la Ley del Seguro social en los siguientes numerales:

Artículo 6. El Seguro Social comprende:

- I. El régimen obligatorio, y**
- II. El régimen voluntario.**

El Seguro Social cubre las contingencias y proporciona los servicios que se especifican a propósito de cada régimen particular, mediante prestaciones en especie y en dinero, en las formas y condiciones previstas por esta Ley y sus reglamentos.

El régimen obligatorio 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.**

Artículo 12. Son sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio:

- 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 aun cuando éste, en virtud de alguna ley especial, esté exento del pago de contribuciones;*
- II. Los socios de sociedades cooperativas;*
- 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,*
- IV. Las personas trabajadoras del hogar.**

Como es de notarse en la fracción IV se contempla a las personas trabajadoras del hogar, sujetos que fueron incorporados al régimen obligatorio a partir de la reforma en el 2019 y que tiene su fundamento en el siguiente amparo:

Análisis del amparo 09/2018

ANTECEDENTES: En 2016, una trabajadora del hogar demandó a sus empleadoras, al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y al Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT) diversas prestaciones en la vía laboral. La junta local de la Ciudad de México emitió un laudo en el que sostuvo que la parte patronal no estaba obligada a la inscripción de la trabajadora en el IMSS. Asimismo, absolvió al IMSS y al INFONAVIT de las prestaciones que les fueron reclamadas. Inconforme, la trabajadora promovió un juicio de amparo directo en contra de la referida resolución, del cual conoció la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación mediante el ejercicio de su facultad de atracción.

CUESTIÓN A RESOLVER: Determinar si el hecho de que los patrones no tengan la obligación jurídica de inscribir a las trabajadoras del hogar ante el IMSS constituye un trato discriminatorio, así como una violación al derecho humano a la seguridad social.

RESOLUCIÓN DEL CASO: Se concedió el amparo, esencialmente, por las siguientes razones. El artículo 13, fracción II, de la Ley del Seguro Social (LSS) genera que la labor doméstica se encuentre excluida del régimen obligatorio del Seguro Social, lo cual perjudica desproporcionadamente a las mujeres pues, a pesar de haberse redactado en términos neutrales desde el punto de vista de género, la labor del hogar es realizada preponderantemente por mujeres, de ahí que sus efectos tengan un impacto negativo que afecta principalmente a las mujeres trabajadoras. El artículo 12, fracción I de la LSS permite a diversos trabajadores sujetos al régimen de trabajos especiales, entre los que se encuentra el trabajo doméstico, ser inscritos en el régimen obligatorio del IMSS, por lo que no se advierte razón alguna que justifique que la labor doméstica quede excluida del referido régimen de seguridad social. Por el contrario, se consideró que esa diferenciación implica de suyo una vulneración del Estado mexicano al principio de accesibilidad del derecho humano a la seguridad social. Se consideró que, con el referido trato discriminatorio, excluir al trabajo doméstico del régimen obligatorio del Seguro Social ha generado y permitido que se incremente la condición de vulnerabilidad de un grupo que es de por sí vulnerable: las mujeres trabajadoras del hogar. En ese sentido, se estimó que para que el Estado pueda mitigar la exclusión y pobreza que frecuentemente sufren las trabajadoras del hogar, se deben generar los medios necesarios para brindar a ese grupo vulnerable una cobertura de seguridad social adecuada, accesible y suficiente a fin de lograr una mayor formalidad en el sector laboral y para permitir que las trabajadoras del hogar puedan desarrollar un proyecto de vida digno mediante el acceso pleno al derecho humano a la seguridad social. En virtud de lo anterior, se declaró la inconstitucional del artículo 13, fracción II, de la LSS que excluye a las trabajadoras domésticas del régimen obligatorio del IMSS, al estimarse discriminatorio y violatorio del derecho

humano a la seguridad social en condiciones de igualdad y se ordenó su inaplicación en el caso concreto. Adicionalmente, atendiendo a la trascendencia sistemática y estructural del problema de discriminación detectado, se propuso al IMSS crear un programa piloto, siguiendo ciertos lineamientos, con el fin de diseñar y ejecutar un régimen especial de seguridad social para las trabajadoras del hogar.

2.5 Sujetos del regimen voluntario

Los sujetos del regimen voluntario se encuentran enumerados en el siguiente precepto de la ley del seguro social:

Artículo 13. Voluntariamente podrán ser sujetos de aseguramiento al régimen obligatorio:

- I. Los trabajadores en industrias familiares y los independientes, como profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y demás trabajadores no asalariados;
- II. Se deroga.
- III. Los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios;
- IV. Los patrones personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio, y
- 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.

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. Dichos convenios deberán sujetarse al reglamento que al efecto expida el Ejecutivo Federal.

En los convenios a que se refiere el artículo anterior se establecerá:

- I. La fecha de inicio de la prestación de los servicios y los sujetos de aseguramiento que comprende;
- II. La vigencia;

- III. Las prestaciones que se otorgarán;
- IV. Las cuotas a cargo de los asegurados y demás sujetos obligados;
- V. La contribución a cargo del Gobierno Federal, cuando en su caso proceda;
- VI. Los procedimientos de inscripción y los de cobro de las cuotas, y
- VII. Las demás modalidades que se requieran conforme a esta Ley y sus reglamentos.

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 y cotizará de la manera siguiente:

- a) Respecto del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, el asegurado cubrirá por cuanto hace al ramo primero, la totalidad de la cuota y por los otros dos ramos cubrirá el importe de las cuotas obrero patronales, debiendo el Estado aportar la parte de cuota social que conforme a esta Ley le corresponda, y
- b) En el seguro de invalidez y vida el asegurado cubrirá las cuotas obrero patronales y el Estado la parte que le corresponda de acuerdo a los porcentajes señalados en esta Ley. Adicionalmente, el asegurado deberá cubrir las cuotas que corresponderían al patrón y al trabajador, señaladas en el párrafo segundo del artículo 25 de esta Ley. El derecho establecido en el artículo anterior se pierde si no se ejercita mediante solicitud por escrito dentro de un plazo de cinco años a partir de la fecha de baja.

La continuación voluntaria del régimen obligatorio termina por:

- I. Declaración expresa firmada por el asegurado;
- II. Dejar de pagar las cuotas durante dos meses, y
- III. Ser dado de alta nuevamente en el régimen obligatorio, en los términos del artículo 12 de esta Ley. El asegurado podrá solicitar por escrito su reingreso al régimen

obligatorio del seguro social a través de la continuación voluntaria, cuando hubiese causado baja por la falta de pago de las cuotas de dos meses consecutivos. La solicitud deberá formularse dentro de los doce meses siguientes a la fecha de su baja en la continuación voluntaria.

La incorporación voluntaria de los sujetos a que se refiere el presente capítulo, se realizará por convenio y se sujetará a las siguientes modalidades:

- I. Podrá efectuarse en forma individual o de grupo a solicitud, por escrito, del sujeto o sujetos interesados. En el caso de incorporación colectiva cada uno de los asegurados será responsable de sus obligaciones frente al Instituto;
- II. El esquema de aseguramiento, para los sujetos que señala este capítulo, comprende:
 - 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;
 - 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 capítulos respectivos;
 - 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;
 - 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 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

e) En caso de muerte del asegurado, se estará a lo dispuesto en el artículo 104 de esta Ley.

Los sujetos de aseguramiento comprendidos en este capítulo cotizarán por anualidades adelantadas.

El Instituto, en atención a las características de orden económico y de organización de los grupos solicitantes, así como de los sujetos que contraten individualmente, podrá autorizar una periodicidad diferente en el pago de las cuotas, en cuyo caso suspenderá el Instituto el otorgamiento de las prestaciones relativas cuando se deje de cubrir una de las parcialidades acordadas.

2.6 Seguro de riesgos de trabajo

El Seguro de Riesgos de Trabajo protege al trabajador en caso de que sufra algún accidente o enfermedad relacionado con el ejercicio del trabajo, o aquel que pudiera ocurrir al trasladarse de su domicilio al centro de labores o viceversa, y a los beneficiarios del asegurado si el riesgo de trabajo trae como consecuencia la muerte. También beneficia a las empresas al relevarlas del cumplimiento de las obligaciones que establece la Ley Federal del Trabajo sobre la responsabilidad por esta clase de riesgos.



¿Qué son los Riesgos de Trabajo?

De conformidad con la Ley Federal del Trabajo los Riesgos de trabajo **son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo.**

Cuando el trabajador asegurado no esté conforme con la calificación que del accidente o enfermedad haga el Instituto de manera definitiva, **podrá interponer el recurso de inconformidad.**

En el supuesto a que se refiere el párrafo anterior, entre tanto se tramita el recurso o el juicio respectivo, el Instituto otorgará al trabajador asegurado o a sus beneficiarios legales las prestaciones a que tuvieran derecho en los seguros de enfermedades y maternidad o invalidez y vida, siempre y cuando se satisfagan los requisitos señalados por esta Ley. En cuanto a los demás seguros se estará a lo que se resuelva en la inconformidad o en los medios de defensa establecidos en el artículo 294 de esta Ley.

La existencia de estados anteriores tales como discapacidad física, mental o sensorial, intoxicaciones o enfermedades crónicas, no es causa para disminuir el grado de la incapacidad temporal o permanente, ni las prestaciones que correspondan al trabajador.

No se considerarán para los efectos de esta Ley, riesgos de trabajo los que sobrevengan por alguna de las causas siguientes:



- I. Si el accidente ocurre encontrándose el trabajador en **estado de embriaguez**;
- II. Si el accidente ocurre encontrándose el trabajador bajo la **acción de algún psicotrópico, narcótico o droga** enervante, salvo que exista prescripción suscrita por médico titulado y que el trabajador hubiera exhibido y hecho del conocimiento del patrón lo anterior;
- III. Si el trabajador **se ocasiona intencionalmente** una incapacidad o lesión por sí o de acuerdo con otra persona;
- IV. Si la incapacidad o siniestro es el resultado de alguna **riña o intento de suicidio**, y
- V. Si el siniestro es resultado de un delito intencional del que fuere responsable el trabajador asegurado.

2.7 Enfermedades y accidentes

¿Qué es un Accidente de Trabajo?

Accidente de trabajo es toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se preste.



Quedan incluidos en la definición anterior los accidentes que se produzcan al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar del trabajo y de éste a aquél.



¿Qué es una enfermedad de trabajo?

Enfermedad de trabajo 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.

Serán consideradas en todo caso enfermedades de trabajo las que determine esta Ley y, en su caso, la actualización que realice la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

Las enfermedades de trabajo pueden consultarse en el art. 513 de la ley federal del trabajo

La actual Tabla de Enfermedades de Trabajo está configurada por los siguientes grupos:

- Enfermedades infecciosas y parasitarias
- Cánceres de origen laboral
- Enfermedades del sistema circulatorio, de la sangre y órganos hematopoyéticos
- Trastornos mentales
- Enfermedades del sistema respiratorio
- Enfermedades del sistema digestivo
- Enfermedades de la piel y tejidos subcutáneos
- Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo
- Intoxicaciones
- Enfermedades del ojo y del oído
- Enfermedades de endocrinología y genito-urinarias

Nota: Para el caso de los accidentes de trabajo es importante consultar la Tabla de valuación de incapacidades que publica la Comisión de Salud y Seguridad en el Trabajo

2.8 Consecuencias de los riesgos de trabajo

El patrón que oculte la realización de un accidente sufrido por alguno de sus trabajadores durante su trabajo o lo reporte indebidamente como accidente en trayecto, se hará acreedor a las sanciones que determine esta Ley y el reglamento respectivo.

El patrón que haya asegurado a los trabajadores a su servicio contra riesgos de trabajo, quedará relevado en los términos que señala esta Ley, del cumplimiento de las obligaciones que sobre responsabilidad por esta clase de riesgos establece la Ley Federal del Trabajo.

Si el patrón hubiera manifestado un salario inferior al real, el Instituto pagará al asegurado el subsidio o la pensión a que se refiere este capítulo, de acuerdo con el salario en el que estuviese inscrito, sin perjuicio de que, al comprobarse su salario real, el Instituto le cubra, con base en éste la pensión o el subsidio. En estos casos, el patrón deberá pagar los capitales constitutivos que correspondan a las diferencias que resulten, incluyendo el cinco por ciento por gastos de administración sobre el importe de dicho capital, como parte integrante del mismo.

Cuando los riesgos se realizan pueden producir:

- I. Incapacidad temporal;
- II. Incapacidad permanente parcial;
- III. Incapacidad permanente total; y
- IV. La muerte.



¿Qué es la incapacidad temporal?

Incapacidad temporal es la pérdida de facultades o aptitudes que imposibilita parcial o totalmente a una persona para desempeñar

su trabajo por algún tiempo.



¿Qué es la incapacidad permanente parcial?

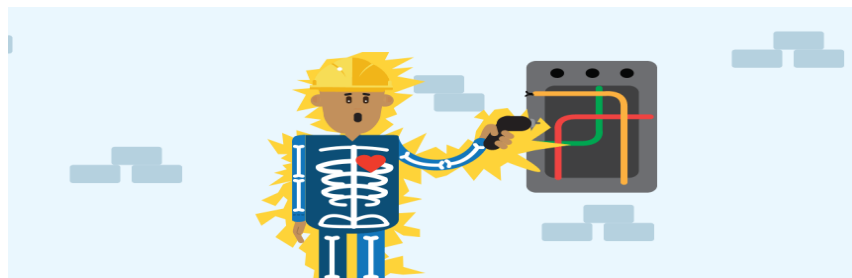
Incapacidad permanente parcial es la disminución de las facultades o aptitudes de una persona para trabajar.



¿Qué es la incapacidad permanente total?

Incapacidad permanente total es la pérdida de facultades o aptitudes de una persona que la imposibilita para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida

O incluso la muerte del trabajador



2.9 Prestaciones en especie

El asegurado que sufra un riesgo de trabajo tiene derecho a las siguientes prestaciones en especie:

- I. Asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica;
- II. Servicio de hospitalización;
- III. Aparatos de prótesis y ortopedia, y
- IV. Rehabilitación.

Las prestaciones a que se refiere el artículo anterior se concederán de conformidad con las disposiciones previstas en esta Ley y en sus reglamentos.

2.10 Prestaciones en dinero

El asegurado que sufra un riesgo de trabajo tiene derecho a las siguientes prestaciones en dinero:

- I. Si lo incapacita para trabajar recibirá mientras dure la inhabilitación, **el cien por ciento del salario en que estuviere cotizando en el momento de ocurrir el riesgo**. El goce de este subsidio se otorgará al asegurado entre tanto no se declare que se encuentra capacitado para trabajar, o bien se declare la incapacidad permanente parcial o total, lo cual deberá realizarse dentro del término de cincuenta y dos semanas que dure la atención médica como consecuencia del accidente, sin perjuicio de que una vez determinada la incapacidad que corresponda, continúe su atención o rehabilitación conforme a lo dispuesto por el artículo 61 de la presente Ley;
- II. Al declararse la incapacidad permanente total del asegurado, **éste recibirá una pensión mensual definitiva equivalente al setenta por ciento del salario** en que estuviere cotizando en el 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 si su aseguramiento fuese por un tiempo menor para determinar el monto de la pensión. Igualmente, el incapacitado deberá contratar un seguro de sobrevivencia para el caso de su fallecimiento, que otorgue a sus beneficiarios las pensiones y demás prestaciones económicas a que tengan derecho en los términos de esta Ley.

La pensión, el seguro de sobrevivencia y las prestaciones económicas a que se refiere el párrafo anterior se otorgarán por la institución de seguros que elija el trabajador. Para contratar los seguros de renta vitalicia y sobrevivencia el Instituto calculará el monto constitutivo necesario para su contratación. Al monto constitutivo se le restará el saldo acumulado en la cuenta individual del trabajador y la diferencia positiva será la suma asegurada, que deberá pagar el Instituto a la institución de seguros elegida por el trabajador para la contratación de los seguros de renta vitalicia y de sobrevivencia. El seguro de sobrevivencia cubrirá, en caso de fallecimiento del pensionado a consecuencia del riesgo de trabajo, la pensión y demás prestaciones económicas a que se refiere este capítulo, a sus beneficiarios; si al momento de producirse el riesgo de trabajo, el asegurado hubiere cotizado cuando menos ciento cincuenta semanas, el seguro de sobrevivencia también cubrirá el fallecimiento de éste por causas distintas a riesgos de trabajo o enfermedades profesionales.

Cuando el trabajador tenga una cantidad acumulada en su cuenta individual que sea mayor al necesario para integrar el monto constitutivo para contratar una renta vitalicia que sea superior a la pensión a que tenga derecho, en los términos de este capítulo, así como para contratar el seguro de sobrevivencia podrá optar por:

- a) Retirar la suma excedente en una sola exhibición de su cuenta individual;
- b) Contratar una renta vitalicia por una cuantía mayor; o
- c) Aplicar el excedente a un pago de sobreprima para incrementar los beneficios del seguro de sobrevivencia. Los seguros de renta vitalicia y de sobrevivencia se sujetarán a lo dispuesto en el artículo 159 fracciones IV y VI de esta Ley;

- III. **Si la incapacidad declarada es permanente parcial, superior al cincuenta por ciento, el asegurado recibirá una pensión** que será otorgada por la institución de seguros que elija en los términos de la fracción anterior.

El monto de la pensión se calculará conforme a la tabla de valuación de incapacidad contenida en la Ley Federal de Trabajo, tomando como base el monto de la pensión que correspondería a la incapacidad permanente total. El tanto por ciento de la incapacidad se fijará entre el máximo y el mínimo establecidos en dicha tabla teniendo en cuenta la edad del trabajador, la importancia de la incapacidad, si ésta es absoluta para el ejercicio de su profesión aun cuando quede habilitado para dedicarse a otra, o que simplemente hayan disminuido sus aptitudes para el desempeño de la misma o para ejercer actividades remuneradas semejantes a su profesión u oficio. Si la valuación definitiva de la incapacidad fuese de hasta el veinticinco por ciento, se pagará al asegurado, en sustitución de la pensión, una indemnización global equivalente a cinco anualidades de la pensión que le hubiese correspondido.

Dicha indemnización será optativa para el trabajador cuando la valuación definitiva de la incapacidad exceda de veinticinco por ciento sin rebasar el cincuenta por ciento, y

El Instituto otorgará a los pensionados por incapacidad permanente total y parcial con un mínimo de más del cincuenta por ciento de incapacidad, un aguinaldo anual equivalente a quince días del importe de la pensión que perciban.

La pensión que se otorgue en el caso de incapacidad permanente total, será siempre superior a la que le correspondería al asegurado por invalidez, y comprenderá en todos los casos, las asignaciones familiares y la ayuda asistencial, así como cualquier otra prestación en dinero a que tenga derecho en los términos de este capítulo.

Los certificados de incapacidad temporal que expida el Instituto se sujetarán a lo que establezca el reglamento relativo. El pago de los subsidios se hará por períodos vencidos no mayores de siete días.

Al declararse la incapacidad permanente, sea parcial o total, se concederá al trabajador asegurado la pensión que le corresponda, con carácter provisional, por un período de adaptación de dos años. Durante ese período de dos años, en cualquier momento el Instituto podrá ordenar y, por su parte, el trabajador asegurado tendrá derecho a solicitar la revisión de la incapacidad con el fin de modificar la cuantía de la pensión.

Transcurrido el período de adaptación, se otorgará la pensión definitiva, la cual se calculará en los términos del artículo 58 fracciones II y III de esta Ley.

Si el asegurado que sufrió un riesgo de trabajo fue dado de alta y posteriormente sufre una recaída con motivo del mismo accidente o enfermedad de trabajo, tendrá derecho a gozar del subsidio a que se refiere la fracción I del artículo 58 de esta Ley, ya sea que esté o no vigente su condición de asegurado, siempre y cuando sea el Instituto quien así lo determine.

Cuando el asegurado al que se le haya declarado una incapacidad permanente total o parcial que le dé derecho a la contratación de la renta vitalicia y del seguro de sobrevivencia en los términos previstos en los artículos 58 fracciones II y III, 61 y 159 fracciones IV y VI de esta Ley, se rehabilite y tenga un trabajo remunerado en la misma actividad en que se desempeñaba, que le proporcione un ingreso cuando menos equivalente al cincuenta por ciento de la remuneración habitual que hubiere percibido de continuar trabajando, dejará de tener derecho al pago de la pensión por parte de la aseguradora.

En este caso, la aseguradora deberá devolver al Instituto y a la administradora de fondos para el retiro el fondo de reserva de las obligaciones futuras, pendientes de cubrir. La proporción que corresponderá al Instituto y a la administradora de fondos para el retiro, del fondo de reserva devuelto por la aseguradora, será equivalente a la proporción que representó la suma asegurada y el saldo de la cuenta individual del trabajador en la constitución del monto constitutivo. La administradora de fondos para el retiro abrirá nuevamente la cuenta individual al trabajador con los recursos que le fueran devueltos por la aseguradora.

2.1 Pensiones en caso de fallecimiento o desaparición en acto delincencial del asegurado.

Si el riesgo de trabajo trae como consecuencia la muerte del asegurado, el Instituto calculará el monto constitutivo al que se le restará los recursos acumulados en la cuenta individual del trabajador fallecido, a efecto de determinar la suma asegurada que el Instituto deberá cubrir a la institución de seguros, necesaria para obtener una pensión, ayudas asistenciales y demás prestaciones económicas previstas en este capítulo a los beneficiarios.

Los beneficiarios elegirán la institución de seguros con la que deseen contratar la renta con los recursos a que se refiere el párrafo anterior, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 159 fracción IV de la presente Ley. En caso de que el trabajador fallecido haya acumulado en su cuenta individual un saldo mayor al necesario para integrar el monto constitutivo necesario para contratar una renta que sea superior al monto de las pensiones a que tengan derecho sus beneficiarios, en los términos de este capítulo, éstos podrán optar por:

a) Retirar la suma excedente en una sola exhibición de la cuenta individual del trabajador fallecido,
o

b) Contratar rentas por una cuantía mayor. Las pensiones y prestaciones a que se refiere la presente Ley serán:

- I. El pago de una cantidad igual a sesenta días de salario mínimo general que rija en la Cd. de México en la fecha de fallecimiento del asegurado. Este pago se hará a la persona preferentemente familiar del asegurado, que presente copia del acta de defunción y la cuenta original de los gastos de funeral;
- II. A la viuda del asegurado se le otorgará una pensión equivalente al cuarenta por ciento de la que hubiese correspondido a aquél, tratándose de incapacidad permanente total. La misma pensión corresponde al viudo o concubinario que hubiera dependido económicamente de la asegurada. El importe de esta prestación no podrá ser inferior

- a la cuantía mínima que corresponda a la pensión de viudez del seguro de invalidez y vida;
- III. A cada uno de los huérfanos que lo sean de padre o madre, que se encuentren totalmente incapacitados, **se les otorgará una pensión equivalente al veinte por ciento** de la que hubiese correspondido al asegurado tratándose de incapacidad permanente total. Esta pensión se extinguirá cuando el huérfano recupere su capacidad para el trabajo;
 - IV. A cada uno de los huérfanos que lo sean de padre o madre, menores de dieciséis años, **se les otorgará una pensión equivalente al veinte por ciento** de la que hubiera correspondido al asegurado tratándose de incapacidad permanente total. Esta pensión se extinguirá cuando el huérfano cumpla dieciséis años. Deberá otorgarse o extenderse el goce de esta pensión, en los términos del reglamento respectivo, a los huérfanos mayores de dieciséis años, hasta una edad máxima de veinticinco años, cuando se encuentren estudiando en planteles del sistema educativo nacional, tomando en consideración, las condiciones económicas, familiares y personales del beneficiario y siempre que no sea sujeto del régimen obligatorio;
 - V. En el caso de las dos fracciones anteriores, si posteriormente falleciera el otro progenitor, la pensión de orfandad se aumentará del veinte al treinta por ciento, a partir de la fecha del fallecimiento del segundo progenitor y se extinguirá en los términos establecidos en las mismas fracciones, y
 - VI. A cada uno de los huérfanos, cuando lo sean de padre y madre, menores de dieciséis años o hasta veinticinco años si se encuentran estudiando en los planteles del sistema educativo nacional, o en tanto se encuentren totalmente incapacitados debido a una enfermedad crónica o discapacidad por deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, que les impida mantenerse por su propio trabajo se les otorgará una pensión equivalente al treinta por ciento de la que hubiera correspondido al asegurado tratándose de incapacidad permanente total.

El derecho al goce de las pensiones a que se refiere el párrafo anterior, se extinguirá en los mismos términos expresados en las fracciones III y IV de este precepto. Al término de las pensiones de orfandad establecidas en este artículo, se otorgará al huérfano un pago adicional de tres mensualidades de la pensión que disfrutaba.

A las personas señaladas en las fracciones II y VI de este artículo, así como a los ascendientes pensionados en los términos del artículo 66, se les otorgará un aguinaldo anual equivalente a quince días del importe de la pensión que perciban.

Sólo a falta de esposa tendrá derecho a recibir la pensión señalada en la fracción II del artículo anterior, la mujer con quien el asegurado vivió como si fuera su marido durante los cinco años que precedieron inmediatamente a su muerte o con la que tuvo hijos, siempre que ambos hubieran permanecido libres de matrimonio durante el concubinato. Si al morir el asegurado tenía varias concubinas, ninguna de ellas gozará de pensión.

El total de las pensiones atribuidas a las personas señaladas en los artículos anteriores, en caso de fallecimiento del asegurado, no excederá de la que correspondería a éste si hubiese sufrido incapacidad permanente total. En caso de exceso, se reducirán proporcionalmente cada una de las pensiones. Cuando se extinga el derecho de alguno de los pensionados se hará nueva distribución de las pensiones que queden vigentes, entre los restantes, sin que se rebasen las cuotas parciales ni el monto total de dichas pensiones.

A falta de viuda o viudo, huérfanos, concubina o concubinario con derecho a pensión, a cada uno de los ascendientes que dependían económicamente del trabajador fallecido, se le pensionará con una cantidad igual al veinte por ciento de la pensión que hubiese correspondido al asegurado, en el caso de incapacidad permanente total. Tratándose de la viuda o concubina o, en su caso, del viudo o concubinario, la pensión se pagará mientras no contraigan nupcias o entren en concubinato.

Al contraer matrimonio, cualquiera de los beneficiarios mencionados recibirá una suma global equivalente a tres anualidades de la pensión otorgada. En esta última situación, la aseguradora respectiva deberá devolver al Instituto el fondo de reserva de las obligaciones futuras pendientes de cubrir, previo descuento de la suma global que se otorgue.

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.

UNIDAD III Del régimen obligatorio

3.1 Seguro de enfermedades y maternidad

Quedan amparados por este seguro:

- I. El asegurado;
- II. El pensionado por:
 - a) Incapacidad permanente total o parcial;
 - b) Invalidez;
 - c) Cesantía en edad avanzada y vejez, y
 - d) Viudez, orfandad o ascendencia;
- III. La esposa del asegurado o, a falta de ésta, la mujer con quien ha hecho vida marital durante los cinco años anteriores a la enfermedad, o con la que haya procreado hijos, siempre que ambos permanezcan libres de matrimonio. Si el asegurado tiene varias concubinas ninguna de ellas tendrá derecho a la protección. Del mismo derecho gozará el esposo de la asegurada o, a falta de éste el concubinario, siempre que hubiera dependido económicamente de la asegurada, y reúnan, en su caso, los requisitos del párrafo anterior;
- IV. La esposa del pensionado en los términos de los incisos a), b) y c) de la fracción II, a falta de esposa, la concubina si se reúnen los requisitos de la fracción III. Del mismo derecho gozará el esposo de la pensionada o a falta de éste el concubinario, si reúne los requisitos de la fracción III;
- V. Los hijos menores de dieciséis años del asegurado y de los pensionados, en los términos consignados en las fracciones anteriores;
- VI. Los hijos del asegurado cuando no puedan mantenerse por su propio trabajo debido a una enfermedad crónica o discapacidad por deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, hasta en tanto no desaparezca la incapacidad que padecen o hasta la edad de veinticinco años cuando realicen estudios en planteles del sistema educativo nacional;
- VII. Los hijos mayores de dieciséis años de los pensionados por invalidez, cesantía en edad avanzada y vejez, que se encuentren disfrutando de asignaciones familiares, así como

los de los pensionados por incapacidad permanente, en los mismos casos y condiciones establecidos en el artículo 136;

- VIII. El padre y la madre del asegurado que vivan en el hogar de éste, y
- IX. El padre y la madre del pensionado en los términos de los incisos a), b) y c) de la fracción II, si reúnen el requisito de convivencia señalado en la fracción VIII. Los sujetos comprendidos en las fracciones III a IX, inclusive, tendrán derecho a las prestaciones respectivas si reúnen además los requisitos siguientes:
 - a) Que dependan económicamente del asegurado o pensionado, y
 - b) Que el asegurado tenga derecho a las prestaciones consignadas en el artículo 91 de esta Ley.

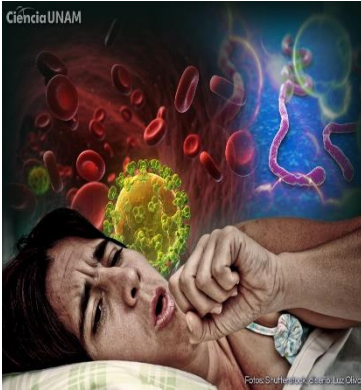
Para los efectos de este seguro se tendrá como fecha de iniciación de la enfermedad, aquella en que el Instituto certifique el padecimiento.

El disfrute de las prestaciones de maternidad se iniciará a partir del día en que el Instituto certifique el estado de embarazo. La certificación señalará la fecha probable del parto, la que servirá de base para el cómputo de los cuarenta y dos días anteriores a aquél, para los efectos del disfrute del subsidio que, en su caso, se otorgue en los términos de esta Ley.

Para tener derecho a las prestaciones consignadas en este capítulo, el asegurado, el pensionado y los beneficiarios deberán sujetarse a las prescripciones y tratamientos médicos indicados por el Instituto.

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. Para la hospitalización se requiere el consentimiento expreso del enfermo, a menos que la naturaleza de la enfermedad haga dispensable esa medida. La hospitalización de menores de edad y demás incapacitados, precisa el consentimiento de quienes ejerzan la patria potestad o la tutela, o bien, del Ministerio Público o autoridad legalmente competente.

3.2 Prestaciones en especie



En caso de enfermedad no profesional, el Instituto otorgará al asegurado la asistencia médico 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. No se computará en el mencionado plazo, el tiempo que dure el tratamiento curativo que le permita continuar en el trabajo y seguir cubriendo las cuotas correspondientes.

Si al concluir el período de cincuenta y dos semanas previsto en el artículo anterior, el asegurado continúa enfermo, el Instituto prorrogará su tratamiento hasta por cincuenta y dos semanas más, previo dictamen médico.

Las prestaciones en especie que señala el artículo 91 de esta Ley, se otorgarán también a los demás sujetos protegidos por este seguro que se mencionan en el artículo 84 de este ordenamiento.

Los padres del asegurado o pensionado fallecido, conservarán el derecho a los servicios que señala el artículo 91 de la Ley.

En caso de maternidad, el Instituto otorgará a la asegurada durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio, las prestaciones siguientes:

- I. *Asistencia obstétrica;*
- II. *Ayuda en especie por seis meses para lactancia y capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida;*
- III. *Durante el período de lactancia tendrán derecho a decidir entre contar con dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, o bien, un descanso extraordinario por día,*

de una hora para amamantar a sus hijos o para efectuar la extracción manual de leche, en lugar adecuado e higiénico que designe la institución o dependencia, y

IV. *Una canastilla al nacer el hijo, cuyo importe será señalado por el Consejo Técnico.*

Tendrán derecho a disfrutar de las prestaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo anterior, las beneficiarias que se señalan en las fracciones III y IV del artículo 84 de esta Ley

3.3 Prestaciones en dinero

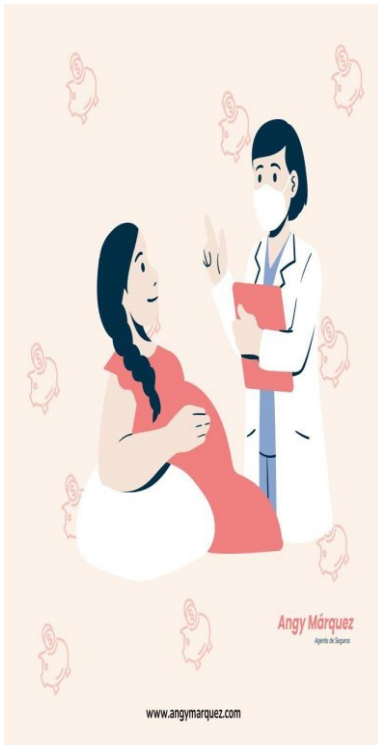
En **caso de enfermedad no profesional, el asegurado tendrá derecho a un subsidio en dinero** que se otorgará cuando la enfermedad lo incapacite para el trabajo. El subsidio se pagará a partir del cuarto día del inicio de la incapacidad, mientras dure ésta y hasta por el término de cincuenta y dos semanas. Si al concluir dicho período el asegurado continuare incapacitado, previo dictamen del Instituto, se podrá prorrogar el pago del subsidio hasta por veintiséis semanas más.

El asegurado sólo percibirá el subsidio que se establece en el artículo anterior, cuando tenga cubiertas por lo menos cuatro cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad. Los trabajadores eventuales percibirán el subsidio cuando tengan cubiertas seis cotizaciones semanales en los últimos cuatro meses anteriores a la enfermedad.

El subsidio en dinero que se otorgue a los asegurados será igual al sesenta por ciento del último salario diario de cotización. El subsidio se pagará por períodos vencidos que no excederán de una semana, directamente al asegurado o a su representante debidamente acreditado.

En caso de incumplimiento por parte del enfermo a la indicación del Instituto de someterse a hospitalización, o cuando interrumpa el tratamiento sin la autorización debida, se suspenderá el pago del subsidio.

Cuando el Instituto hospitalice al asegurado, el subsidio establecido en el artículo 98 de esta Ley se pagará a él o a sus familiares derechohabientes señalados en el artículo 84 de este ordenamiento.



La asegurada tendrá derecho durante el embarazo y el puerperio a un subsidio en dinero igual al cien por ciento del último salario diario de cotización el que recibirá durante cuarenta y dos días anteriores al parto y cuarenta y dos días posteriores al mismo.

En los casos en que la fecha fijada por los médicos del Instituto no concuerde exactamente con la del parto, deberán cubrirse a la asegurada los subsidios correspondientes por cuarenta y dos días posteriores al mismo, sin importar que el período anterior al parto se haya excedido. Los días en que se haya prolongado el período anterior al parto, se pagarán como continuación de incapacidades originadas por enfermedad. El subsidio se pagará por períodos vencidos que no excederán de una semana.

Para que la asegurada tenga derecho al subsidio que se señala en el artículo anterior, se requiere:

- I. Que haya cubierto por lo menos treinta cotizaciones semanales en el período de doce meses anteriores a la fecha en que debiera comenzar el pago del subsidio;
- II. Que se haya certificado por el Instituto el embarazo y la fecha probable del parto, y
- III. Que no ejecute trabajo alguno mediante retribución durante los períodos anteriores y posteriores al parto. Si la asegurada estuviera percibiendo otro subsidio, se cancelará el que sea por menor cantidad.

El goce por parte de la asegurada del subsidio establecido en el artículo 101, exime al patrón de la obligación del pago del salario íntegro a que se refiere la fracción V del artículo 170 de la Ley Federal del Trabajo, hasta los límites establecidos por esta Ley. Cuando la asegurada no cumpla

con lo establecido en la fracción I del artículo anterior, quedará a cargo del patrón el pago del salario íntegro.

Cuando fallezca un pensionado o un asegurado que tenga reconocidas cuando menos doce cotizaciones semanales en los nueve meses anteriores al fallecimiento, el Instituto pagará a la persona preferentemente familiar del asegurado o del pensionado, que presente copia del acta de defunción y la cuenta original de los gastos de funeral, una ayuda por este concepto, consistente en dos meses del salario mínimo general que rija en la Cd. de México en la fecha del fallecimiento.

3.4 Seguro de invalidez



El **Seguro de Invalidez y Vida** es el instrumento a través del cual se protegen los medios de subsistencia del trabajador y su familia ante las contingencias derivadas de un **accidente, enfermedad o muerte fuera del entorno laboral**, mediante prestaciones en dinero y en especie.

Este seguro ofrece dos ramos de aseguramiento:

- l) **Invalidez:** protege al asegurado de la contingencia de quedar imposibilitado para procurarse un ingreso superior a 50% de su remuneración habitual percibida durante el último año, siempre y cuando dicho impedimento derive de una enfermedad o accidente no profesional. El estado de invalidez debe ser declarado por el IMSS. Las prestaciones que se otorgan bajo esta rama de aseguramiento son pensiones temporales, pensiones definitivas, asignaciones familiares y ayuda asistencial. Los servicios médicos de los pensionados y sus beneficiarios se otorgan con cargo al Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM).

Cuando el asegurado se encuentre incapacitado temporalmente para cumplir con su trabajo, derivado de una enfermedad o accidente no profesional, este contará con la protección económica de un subsidio a cargo del SEM. Si bien, no todas las pensiones del SIV son precedidas por periodos de incapacidad temporal para el trabajo por enfermedad general, ni todas las incapacidades por enfermedad general terminan en una pensión por invalidez, el SEM actúa como enlace de protección temporal al asegurado durante periodos de incapacidad para el trabajo

Todos aquellos asegurados que por dictaminación médica derivada de algún padecimiento, o secuelas de un accidente o enfermedad no laboral, no puedan reincorporarse a sus actividades de trabajo podrán acceder a una pensión de invalidez, otorgada por el SIV, con carácter de temporal o definitiva.

En los casos en que exista la posibilidad de recuperación para el trabajo, el médico especialista de Salud en el Trabajo emitirá un dictamen de invalidez temporal, con el cual el trabajador asegurado podrá acceder a una pensión, siempre y cuando cumpla con los requisitos de Ley. Estas pensiones se otorgan por periodos renovables.

3.5 Seguro de vida



Vida: en caso de fallecimiento del asegurado o pensionado de invalidez, el Instituto otorga a sus beneficiarios las siguientes prestaciones:

- a) **Pensión de viudez.**
- b) **Pensión de orfandad.**
- c) **Pensión de ascendencia**

3.6 Pensiones para los beneficiarios

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:

- I. Pensión de viudez;**
- II. Pensión de orfandad;**
- III. Pensión a ascendientes;**
- 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**
- V. Asistencia médica, en los términos del capítulo IV de este Título.**

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.

A tal efecto, se deberán integrar un monto constitutivo en la aseguradora elegida, el cual deberá ser suficiente para cubrir la pensión, las ayudas asistenciales y las demás prestaciones de carácter económico previstas en este capítulo.

Para ello, el Instituto Mexicano del Seguro Social otorgará una suma asegurada que, adicionada a los recursos acumulados en la cuenta individual del trabajador fallecido, deberá ser suficiente para integrar el monto constitutivo con cargo al cual se pagará la pensión, las ayudas asistenciales y las demás prestaciones de carácter económico previstas en este capítulo, por la institución de seguros. Cuando el trabajador fallecido haya tenido un saldo acumulado en su cuenta individual que sea mayor al necesario para integrar el monto constitutivo para contratar una renta que sea superior a la pensión a que tengan derecho sus beneficiarios, en los términos de este capítulo, estos podrán retirar la suma excedente en una sola exhibición de la cuenta individual del trabajador fallecido, o contratar una renta por una suma mayor.

La renta vitalicia se sujetará a lo dispuesto en el artículo 159 fracción IV de esta Ley. En caso de fallecimiento de un pensionado por riesgos de trabajo, invalidez, retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, las pensiones a que se refieren las fracciones I, II, y III de este artículo se otorgarán con cargo al seguro de sobrevivencia que haya contratado el pensionado fallecido.

Son requisitos para que se otorguen a los beneficiarios las prestaciones contenidas en el artículo anterior, las siguientes:

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

También tendrán derecho a pensión los beneficiarios de un asegurado fallecido por causa distinta a un riesgo de trabajo que se encontrara disfrutando de una pensión por incapacidad permanente derivada de un riesgo igual, si aquél tuviera acreditado el pago al Instituto de un mínimo de ciento cincuenta cotizaciones semanales y hubiese causado baja en el régimen obligatorio, cualquiera que fuere el tiempo transcurrido desde la fecha de su baja. Si 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.

Tendrá derecho a la pensión de viudez la que fue esposa del asegurado o pensionado por invalidez. A falta de esposa, tendrá derecho a recibir la pensión, la mujer con quien el asegurado o pensionado por invalidez vivió como si fuera su marido, durante los cinco años que precedieron inmediatamente a la muerte de aquél, o con la que hubiera tenido hijos, siempre que ambos hayan permanecido libres de matrimonio durante el concubinato. Si al morir el asegurado o pensionado por invalidez tenía varias concubinas, ninguna de ellas tendrá derecho a recibir la pensión. La

misma pensión le corresponderá al viudo o concubinario que dependiera económicamente de la trabajadora asegurada o pensionada por invalidez.

La pensión de viudez será igual al noventa por ciento de la que hubiera correspondido al asegurado en el caso de invalidez o de la que venía disfrutando el pensionado por este supuesto.

No se tendrá derecho a la pensión de viudez que establece el artículo anterior, en los siguientes casos:

- I. Cuando la muerte del asegurado acaeciera antes de cumplir seis meses de matrimonio;
- 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
- 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.

Las limitaciones que establece este Artículo no regirán cuando al morir el asegurado o pensionado la viuda compruebe haber tenido hijos con él.

El derecho al goce de la pensión de viudez comenzará desde el día del fallecimiento del asegurado o pensionado por invalidez y cesará con la muerte del beneficiario, o cuando la viuda, viudo, concubina o concubinario contrajeran matrimonio o entraran en concubinato. El disfrute de esta pensión no se suspenderá porque aquéllos desempeñe un trabajo remunerado. La viuda, viudo, concubina o concubinario pensionados que contraigan matrimonio, recibirán una suma global equivalente a tres anualidades de la cuantía de la pensión que disfrutaban.

Tendrán derecho a recibir pensión de orfandad cada uno de los hijos menores de dieciséis años, cuando muera el padre o la madre y alguno de éstos hubiera tenido el carácter de asegurado, y acrediten tener ante el Instituto un mínimo de ciento cincuenta cotizaciones semanales o haber tenido la calidad de pensionados por invalidez. El Instituto prorrogará la pensión de orfandad, después de alcanzar el huérfano la edad de dieciséis años, y hasta la edad

de veinticinco, si se encuentra estudiando en planteles del sistema educativo nacional, tomando en consideración las condiciones económicas, familiares y personales del beneficiario, siempre que no sea sujeto del régimen obligatorio. El huérfano mayor de dieciséis 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, en tanto no desaparezca la incapacidad que padece.

La pensión del huérfano de padre o madre será igual al veinte por ciento de la pensión de invalidez que el asegurado estuviese gozando al fallecer o de la que le hubiera correspondido suponiendo realizado el estado de invalidez. Si el huérfano lo fuera de padre y madre, se le otorgará en las mismas condiciones una pensión igual al treinta por ciento de la misma base.

Si al iniciarse la pensión de orfandad el huérfano lo fuera de padre o de madre y posteriormente falleciera el otro progenitor, la pensión de orfandad se aumentará del veinte al treinta por ciento, a partir de la fecha de la muerte del ascendiente.

El derecho al goce de la pensión de orfandad comenzará desde el día del fallecimiento del asegurado o pensionado por invalidez y cesará con la muerte del beneficiario, o cuando éste haya alcanzado los dieciséis años de edad, o una edad mayor, de acuerdo con las disposiciones de los dos artículos anteriores. Con la última mensualidad se otorgará al huérfano un pago finiquito equivalente a tres mensualidades de su pensión.

Si no existieran viuda, viudo, huérfanos ni concubina o concubinario con derecho a pensión, ésta se otorgará a cada uno de los ascendientes que dependían económicamente del asegurado o pensionado por invalidez fallecido, por una cantidad igual al veinte por ciento de la pensión que el asegurado estuviese gozando al fallecer, o de la que le hubiera correspondido suponiendo realizado el estado de invalidez.

Si un pensionado desaparece de su domicilio por más de un mes sin que se tengan noticias de su paradero, sus beneficiarios con derecho a la pensión, disfrutarán de la misma en los términos de la sección del ramo de vida del seguro de invalidez y vida con carácter provisional, y previa la solicitud respectiva, bastando para ello que se compruebe el parentesco y la desaparición del pensionado, exhibiendo la denuncia presentada ante el Ministerio Público correspondiente. Si

posteriormente y en cualquier tiempo, el pensionado se presentase, tendrá derecho a disfrutar él mismo su pensión y a recibir las diferencias entre el importe original de la misma y aquél que hubiese sido entregado a sus beneficiarios, sin que en ningún caso pueda entenderse una obligación del Instituto respecto de aquellos importes que hubieran sido pagados a los beneficiarios. Cuando se compruebe el fallecimiento del pensionado, la transmisión será definitiva.

Las asignaciones familiares consisten en una ayuda por concepto de carga familiar y se concederá a los beneficiarios del pensionado por invalidez, de acuerdo con las reglas siguientes:

- I. Para la esposa o concubina del pensionado, el quince por ciento de la cuantía de la pensión;
- II. Para cada uno de los hijos menores de dieciséis años del pensionado, el diez por ciento de la cuantía de la pensión;
- III. Si el pensionado no tuviera ni esposa o concubina, ni hijos menores de dieciséis años se concederá una asignación del diez por ciento para cada uno de los padres del pensionado si dependieran económicamente de él;
- IV. Si el pensionado no tuviera ni esposa o concubina, ni hijos, ni ascendientes que dependan económicamente de él, se le concederá una ayuda asistencial equivalente al quince por ciento de la cuantía de la pensión que le corresponda, y
- V. Si el pensionado sólo tuviera un ascendiente con derecho al disfrute de asignación familiar, se le concederá una ayuda asistencial equivalente al diez por ciento de la cuantía de la pensión que deba disfrutar.

Estas asignaciones familiares se entregarán de preferencia al propio pensionado, pero la correspondiente a los hijos podrá entregarse a la persona o institución que los tenga bajo su cargo directo, en el caso de no vivir con el pensionado. 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.

Las asignaciones familiares concedidas para los hijos del pensionado con motivo de no poderse mantener por sí mismos, debido a inhabilitación para trabajar por enfermedad crónica, física o psíquica, podrán continuarse pagando hasta en tanto no desaparezca la inhabilitación. El Instituto concederá en los términos de este artículo, las asignaciones familiares a los hijos del pensionado, mayores de dieciséis años, si cumplen con las condiciones mencionadas.

Para los casos de madres o padres trabajadores asegurados, cuyos hijos de hasta dieciséis años hayan sido diagnosticados por el Instituto con cáncer de cualquier tipo, podrán gozar de una licencia por cuidados médicos de los hijos para ausentarse de sus labores en caso de que el niño, niña o adolescente diagnosticado requiera de descanso médico en los periodos críticos de tratamiento o de hospitalización durante el tratamiento médico, de acuerdo a la prescripción del médico tratante, incluyendo, en su caso, el tratamiento destinado al alivio del dolor y los cuidados paliativos por cáncer avanzado.

El Instituto podrá expedir a alguno de los padres trabajadores asegurados, que se sitúe en el supuesto previsto en el párrafo que antecede, una constancia que acredite el padecimiento oncológico y la duración del tratamiento respectivo, a fin de que el patrón o patronos de éstos tengan conocimiento de tal licencia. La licencia expedida por el Instituto al padre o madre trabajador asegurado, tendrá una vigencia de uno y hasta veintiocho días. Podrán expedirse tantas licencias como sean necesarias durante un periodo máximo de tres años sin que se excedan trescientos sesenta y cuatro días de licencia, mismos que no necesariamente deberán ser continuos.

Los padres o madres trabajadores asegurados ubicados en el supuesto establecido en los párrafos que anteceden y que hayan cubierto por lo menos treinta cotizaciones semanales en el periodo de doce meses anteriores a la fecha del diagnóstico por los servicios médicos institucionales, y en caso de no cumplir con este periodo, tener al menos registradas cincuenta y dos semanas de cotización inmediatas previas al inicio de la licencia, gozarán de un subsidio equivalente al sesenta por ciento del último salario diario de cotización registrado por el patrón.

La licencia a que se refiere el presente artículo, únicamente podrá otorgarse a petición de parte, ya sea al padre o madre que tenga a su cargo el ejercicio de la patria potestad, la guarda y custodia del menor. En ningún caso se podrá otorgar dicha licencia a ambos padres trabajadores del menor diagnosticado.

Las licencias otorgadas a padres o madres trabajadores previstas en el presente artículo, cesarán:

- I. Cuando el menor no requiera de hospitalización o de reposo médico en los periodos críticos del tratamiento;

- II. Por ocurrir el fallecimiento del menor;
- III. Cuando el menor cumpla dieciséis años;
- IV. Cuando el ascendiente que goza de la licencia, sea contratado por un nuevo patrón

3.7 Seguro de retiro



La pensión de retiro se otorga al asegurado antes de cumplir las edades establecidas, siempre y cuando la pensión que se le calcule en el sistema de renta vitalicia sea superior en más del treinta por ciento de la pensión garantizada, una vez cubierta la prima del seguro de sobrevivencia para sus beneficiarios.

Esta pensión será pagada por la aseguradora que el asegurado elija. Asimismo, el asegurado deberá haber causado baja del régimen obligatorio, estar privado de trabajo remunerado y tener un mínimo 1,000 semanas de cotización.

Los requisitos para que se otorgue la Pensión de Retiro Anticipado conforme al Régimen de la Ley del Seguro Social de 1997:

- Que el asegurado tenga menos de 60.
- Que tenga un mínimo 1,000 semanas de cotización en el Régimen Obligatorio del Seguro Social.
- Que los recursos de la cuenta individual sean suficientes para el retiro.
- Que la pensión que se calcule en el Sistema de Rentas Vitalicias sea superior en más de 30% de la pensión garantizada, una vez cubierta la prima del seguro de sobrevivencia para sus beneficiarios.
- Causar baja en el Régimen Obligatorio de la Ley del Seguro Social.
- Se encuentre privado de trabajo remunerado.

3.8 Seguro de cesantía en edad avanzada

*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**.*

Para gozar de las prestaciones de este ramo se requiere que el asegurado tenga reconocidas ante el Instituto un mínimo de mil cotizaciones semanales.

El trabajador cesante que tenga sesenta años o más y no reúna las semanas de cotización señaladas en el párrafo precedente, podrá retirar el saldo de su cuenta individual en una sola exhibición o seguir cotizando hasta cubrir las semanas necesarias para que opere su pensión. En este caso, si el asegurado tiene cotizadas un mínimo de setecientas cincuenta semanas tendrá derecho a las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad, en los términos del capítulo IV de este Título.

La contingencia consistente en la cesantía en edad avanzada, obliga al Instituto al otorgamiento de las prestaciones siguientes:

- I. Pensión;
- II. Asistencia médica, en los términos del capítulo IV de este Título;
- III. Asignaciones familiares, y
- IV. Ayuda asistencial.

El derecho al goce de la pensión de cesantía en edad avanzada comenzará desde el día en que el asegurado cumpla con los requisitos señalados en el artículo 154 de esta Ley, siempre que solicite el otorgamiento de dicha pensión y acredite haber quedado privado de trabajo, si no fue recibido en el Instituto el aviso de baja.

Los asegurados que reúnan los requisitos establecidos en esta sección podrán disponer de su cuenta individual con el objeto de disfrutar de una pensión de cesantía en edad avanzada. Para tal propósito, podrán elegir alguna de las opciones siguientes o ambas:

- I. Contratar con la institución de seguros de su elección una renta vitalicia, que se actualizará anualmente en el mes de febrero conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor, y
- II. Mantener el saldo de su cuenta individual en una Administradora de Fondos para el Retiro y efectuar con cargo a éste, retiros programados. Los supuestos referidos, se sujetarán a lo establecido en esta Ley y a las reglas de carácter general que expida la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro.

El asegurado que elija la opción prevista en la fracción II o ambas podrá, en cualquier momento, contratar una renta vitalicia de acuerdo a lo dispuesto en la fracción I, excepto cuando la renta mensual vitalicia a convenirse fuera inferior al promedio de las pensiones garantizadas, que corresponda a un salario mínimo y sesenta años de edad, de acuerdo con la tabla establecida en el artículo 170 de esta Ley.

El asegurado podrá pensionarse antes de cumplir las edades establecidas, siempre y cuando la pensión que se le calcule en el sistema de renta vitalicia sea superior en más del treinta por ciento de la pensión garantizada que le corresponda conforme a las semanas de cotización, al salario base de cotización y a la edad de sesenta años, de la tabla establecida en el artículo 170 de esta Ley, una vez cubierta la prima del seguro de sobrevivencia para sus beneficiarios.

El pensionado tendrá derecho a recibir el excedente de los recursos acumulados en su cuenta individual en una o varias exhibiciones, solamente si la pensión que se le otorgue es superior en más del treinta por ciento de la pensión garantizada que le corresponda conforme a las semanas de cotización, al salario base de cotización y a la edad de sesenta años, de la tabla establecida en el artículo 170 de esta Ley, una vez cubierta la prima del seguro de sobrevivencia para sus beneficiarios. La disposición de la cuenta, así como de sus rendimientos estará exenta del pago de contribuciones.

3.9 Seguro de vejez

El ramo de vejez da derecho al asegurado al otorgamiento de las siguientes prestaciones:

- I. Pensión;
- II. Asistencia médica, en los términos del capítulo IV de este Título;
- III. Asignaciones familiares, y IV. Ayuda asistencial.



*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 cotizaciones semanales.*

En caso que el asegurado tenga sesenta y cinco años o más y no reúna las semanas de cotización señaladas en el párrafo precedente, podrá retirar el saldo de su cuenta individual en una sola exhibición o seguir cotizando hasta cubrir las semanas necesarias para que opere su pensión. Si el asegurado tiene cotizadas un mínimo de setecientas cincuenta semanas tendrá derecho a las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad, en los términos del capítulo IV de este Título.

El otorgamiento de la pensión de vejez sólo se podrá efectuar previa solicitud del asegurado y se le cubrirá a partir de la fecha en que haya dejado de trabajar, siempre que cumpla con los requisitos señalados en el artículo 162 de esta Ley.

Los asegurados que reúnan los requisitos establecidos en esta sección podrán disponer de su cuenta individual con el objeto de disfrutar de una pensión de vejez. Para tal propósito podrán optar por alguna de las opciones siguientes o ambas:

- I. Contratar con una compañía de seguros pública, social o privada de su elección una renta vitalicia, que se actualizará anualmente en el mes de febrero conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor, y

- II. Mantener el saldo de su cuenta individual en una Administradora de Fondos para el Retiro y efectuar con cargo a éste, retiros programados.

Los supuestos referidos se sujetarán a lo establecido en esta Ley y de conformidad con las reglas de carácter general que expida la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro.

El asegurado que elija la opción prevista en la fracción II o ambas podrá, en cualquier momento, contratar una renta vitalicia de acuerdo a lo dispuesto en la fracción I, excepto cuando la renta mensual vitalicia a convenirse fuera inferior a la pensión garantizada que le corresponda conforme a las semanas de cotización, al salario base de cotización y a la edad de sesenta y cinco años, de la tabla establecida en el artículo 170 de esta Ley.

3.10 Afores y siefores



La palabra AFORE significa **Administradora de Fondos para el Retiro**. Es una institución que se encarga de llevar la administración de fondos para el retiro de los trabajadores.

El artículo 18 de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro dice que la definición de las AFORE es la siguiente: **“Son entidades financieras constituidas como sociedades mercantiles que se dedican de manera exclusiva, habitual y profesional a administrar las cuentas individuales y canalizar los recursos de las subcuentas que las integran en términos de las leyes de seguridad social, así como administrar sociedades de inversión”**.

A finales de la década de los 80 el sistema de pensiones en México se encontraba bajo la administración del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios de los Trabajadores del Estado (ISSTE). Se trataba de un esquema de reparto y beneficios definidos, en el que las aportaciones de los trabajadores activos costaban parte importante de la pensión de los trabajadores retirados.

A principios de los años 90 era evidente que el sistema de pensiones en México enfrentaba grandes retos. La combinación del incremento en la esperanza de vida y la disminución de la tasa de natalidad ocasionó que la proporción de los trabajadores activos con respecto a los retirados disminuyera notablemente, impactando al fondo disponible para cubrir el pago de las pensiones futuras.

En marzo de 1996 se presentó una iniciativa que permitiera cambiar el esquema actual por uno que fuera financieramente sostenible.

Finalmente, el 1° de julio de 1997 entró en vigor un nuevo esquema de pensiones operado por las AFORE y regulado por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR).

En abril de 2007 el Ejecutivo Federal publicó el Decreto por el que se expide la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores de Estado, dentro del cual se establece la creación del Fondo Nacional de Pensiones de los Trabajadores al Servicio del Estado (PENSIONISSSTE).

Al registrarte en una Administradora, la AFORE te abre una cuenta única y personal llamada comúnmente como “Cuenta Individual”. Ahí se acumulan las aportaciones que periódicamente se depositan por parte del patrón, el gobierno y el trabajador. La aportación se calcula con base en tu salario base de cotización y se dividen de la siguiente manera:

IMSS

- Patrón: 2% del salario base de cotización por concepto de retiro y 3.15% por concepto de cesantía en edad avanzada y vejez. En total, el patrón aporta para la subcuenta de RCV 5.15%. Adicionalmente, el empleador aporta 5% del salario base de cotización a la subcuenta de vivienda del trabajador.
- Empleado: 1.125% de su salario base de cotización, por concepto de cesantía en edad avanzada y vejez.
- Gobierno: aporta por concepto de cesantía en edad avanzada y vejez 0.225% del salario base de cotización del trabajador, más una cuota social adicional por cada día de salario cotizado, topado para los trabajadores que ganen hasta quince veces el salario mínimo. La cuota social se actualiza trimestralmente de acuerdo con el INPC.

ISSSTE

- Entidades o dependencia: 2% del sueldo básico por concepto de retiro y 3.18% por concepto de cesantía en edad avanzada y vejez. En total las dependencias o entidades aportan para la subcuenta de RCV 5.17%. Adicionalmente, aporta 5% del sueldo básico a la subcuenta de vivienda del trabajador.
- Empleado: 6.13% del sueldo básico, por concepto de cesantía en edad avanzada y vejez.
- Gobierno federal: Aporta 5.5% del salario mínimo general vigente como Cuota Social.

Tanto los trabajadores que cotizan al IMSS como los que cotizan al ISSSTE, o son trabajadores independientes, pueden realizar Ahorro Voluntario, el cual puede complementar el ahorro para el retiro.

Una vez que la AFORE recibe estas aportaciones, las invierte a través de Sociedades de Inversión Especializadas en Fondos para el Retiro (Siefores). Desde el 13 de diciembre de 2019 estas Siefores son generacionales, es decir, los recursos se agrupan dependiendo de la edad de los trabajadores y se invierten con una perspectiva de fecha de retiro.

Las AFORE invierten en mercados financieros (nacionales e internacionales, de deuda y capital), sujetas a un régimen de inversión diseñado por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR) para reducir el riesgo y mantener portafolios diversificados.

Los rendimientos generados por dicha inversión se verán reflejados en el saldo de la cuenta individual de ahorro para el retiro de los trabajadores.

Las inversiones que realizan todas las AFORE están reguladas por la CONSAR.

- Recibir las cuotas obrero patronales por concepto del seguro de Retiro, Cesantía y Vejez (RCV), así como recibir de los trabajadores o patrones el ahorro voluntario.
- Individualizar las aportaciones y rendimientos de las cuentas individuales de ahorro para el retiro.
- Invertir los recursos de los trabajadores en las diferentes SIEFORES GENERACIONALES.
- Enviar cada cuatro meses los estados de cuenta a los trabajadores.
- Pagar los retiros programados.
- Entregar los recursos a la institución de seguros que el trabajador o sus beneficiarios hayan elegido, para la contratación de rentas vitalicias y/o del seguro de sobrevivencia.
- Atender y asesorar al trabajador en todos los trámites y servicios relacionados con su cuenta.

Desde su creación, AFORE PENSIONISSSTE ha puesto como prioridad la atención, seguridad y bienestar de sus cuentahabientes. Somos la única administradora con objeto social, ya que realiza el reparto de sus utilidades entre sus cuentahabientes, vela por los intereses de ellos antes que por los propios, además de que incentiva el ahorro para mejorar las condiciones de retiro de sus cuentahabientes.

Una SIEFORE es el fondo de inversión en el cual las AFORE invierten los recursos de los trabajadores para generar rendimientos.

COMISIÓN 2023		
AFORE	POR SIEFORE	%
Azteca	BÁSICAS	0.57
Citibanamex	Citibanamex de AV Plus (LP2)	0.57
Coppel	BÁSICAS	0.566
Inbursa	BÁSICAS	0.57
Invercap	BÁSICAS	0.57
PENSIONISSSTE	BÁSICAS	0.53
Principal	BÁSICAS	0.57
Profuturo	Profuturo CP	0.57
	Profuturo LP	0.57
SURA	SURA AV1	0.57
	SURA AV2	0.57
	SURA AV3	0.57
XXI Banorte	XXI Banorte Ahorro Individual (SIAV)	0.57
	XXI Banorte Previsión 1 (SPS1)	0.57
	XXI Banorte Previsión 2 (SPS2)	0.57

3.1 Seguro de desempleo

Es un beneficio que te ofrece tu cuenta AFORE donde puedes hacer un retiro parcial de tus recursos en caso de estar desempleado.

Requisitos:

- Tener 46 días naturales de estar desempleado.
- Tener al menos 3 años con tu cuenta de ahorro para el retiro abierta y 2 años cotizados ante el IMSS.
- No haber efectuado este retiro en los últimos 5 años anteriores.
- Tener tu Expediente de Identificación de Trabajador actualizado (genéralo en tu AFORE).

Documentos:

- Identificación oficial.
- Estado de cuenta bancario a tu nombre con número de Clave Bancaria Estandarizada (CLABE) (opcional).
- Clave Única de Servicios (CUS) generada en el portal AforeWeb.

Existen dos modalidades en las que podrás disponer de los recursos, mismas que podrás elegir de acuerdo tu tiempo de cotización del IMSS y las características de tu cuenta individual:

Modalidad A. Si tu cuenta AFORE tiene al menos tres años de haber sido abierta y un mínimo de 2 años de cotización al IMSS, recibirás en una sola exhibición 30 días de tu último Salario Base de Cotización con un límite de 10 veces el valor de la Unidad de Medida y Actualización (UMA).

Modalidad B. Si tu cuenta tiene 5 años o más de haber sido abierta, recibirás lo que resulte menor entre 90 días de tu Salario Base de Cotización de las últimas 250 semanas o el 11.5 % de los recursos acumulados en la subcuenta de Retiro, Cesantía en edad avanzada y Vejez (RCV).

3.12 Del régimen voluntario

Con el Seguro de Salud para la Familia y la Continuación voluntaria al régimen obligatorio, la población cuenta con distintos beneficios en materia de seguridad social.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cuenta con diversos esquemas de aseguramiento que permiten a la población disfrutar de los beneficios que ofrece el IMSS en materia de seguridad social. Entre estas alternativas, se encuentran el Seguro de Salud para la Familia y la Continuación voluntaria al régimen obligatorio.

Estas alternativas de aseguramiento pueden ser especialmente relevantes para los trabajadores que lamentablemente han perdido su empleo, ya que les permite seguir contando con algunos de los beneficios de la seguridad social.

El Seguro de Salud para la Familia permite a cualquier persona y a su núcleo familiar contar con aseguramiento en materia de salud, con lo cual tendrán acceso a toda la gama de servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, hospitalarios y de maternidad, de los tres niveles de atención que tiene el IMSS.

Para formalizar este aseguramiento se debe realizar una solicitud por parte del interesado y cubrir una cuota anual anticipada; por cada miembro de la familia se cubre una cantidad en función del rango de edades de cada integrante. Para el rango más bajo, que cubre a las personas de hasta 19 años, se pagaría 4 mil 650 pesos, y para el rango de más de 80 años son 12 mil 750 pesos.

En el caso del aseguramiento por Continuación voluntaria al régimen obligatorio, a través de este esquema se permite a los ex trabajadores continuar cotizando en dos de los cinco ramos de seguro con que cuenta el Instituto: invalidez y vida, y retiro, cesantía en edad avanzada o vejez.

Lo que se busca con este aseguramiento es que las personas puedan seguir realizando aportaciones a su cuenta individual y continuar acumulando semanas de cotización, lo que les permitirá contar con una pensión en mejores condiciones.

Para acceder a este seguro se requiere que los asegurados hayan cotizado al menos durante 52 semanas, en los últimos cinco años, previos al momento de haber perdido su aseguramiento con el Instituto, y la solicitud se puede realizar con base en el último salario registrado o con un salario mayor. Este derecho de contratar la Continuación voluntaria se pierde si no se ejercita en un plazo de cinco años contado a partir de la baja.

3.13 Del ISSSTE y el ISSFAM

El ISSSTE 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

De acuerdo con el artículo 1o. de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado se aplica a las dependencias, entidades, trabajadores al servicio civil, pensionados y familiares derechohabientes de:

- ✓ La presidencia de la República, las dependencias y entidades de la administración pública federal, incluyendo el propio ISSSTE.
- ✓ Cámara de Diputados y de Senadores, incluyendo a los propios diputados y senadores, así como los trabajadores de la entidad de fiscalización superior de la Federación (Auditoría Superior de la Federación).
- ✓ Al Poder Judicial de la Federación, incluyendo ministros, magistrados, jueces y consejeros del Consejo de la Judicatura Federal.
- ✓ Órganos jurisdiccionales autónomos.
- ✓ Órganos con autonomía por disposición constitucional.
- ✓ El gobierno de la Cd. De México así como el Poder Ejecutivo y el Legislativo del mismo.
- ✓ Los gobiernos de las demás entidades federativas, los poderes legislativos y judiciales locales, y las administraciones públicas municipales, siempre que celebren convenio con el Instituto.

Igual que el IMSS, el ISSSTE comprende el régimen obligatorio y el régimen voluntario. En esencia, ambos Institutos (IMSS e ISSSTE) ofrecen un esquema similar, lo que ha llevado a que algunos especialistas opinen que se duplican las funciones de Seguridad Social en México. La diferencia esencial entre ambos institutos son los beneficiarios y esa diferencia se desprende desde el fundamento constitucional de la materia laboral, el artículo 123.

ISSSFAM

Como una necesidad de cubrir a todo tipo de trabajadores, surge el derecho social militar, cuya disciplina autónoma del derecho social es destinada a proteger y procurar el mayor bienestar tanto a los miembros del ejército, la marina y la fuerza aérea, así como a sus familiares, ya individual o colectivamente.

El ISSSFAM es un organismo público descentralizado federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, con domicilio en la ciudad de México.

3.14 Cobertura del seguro social en el ISSSTE

Los 21 seguros, servicios y prestaciones que ofrece el instituto constituyen una amplia red de protección social que cubre a su población amparada desde antes de nacer hasta después de la muerte; lo cual se compone de la siguiente manera:

SEGUROS

Seguro de Salud

1. Atención médica preventiva
2. Atención médica curativa y de maternidad
3. Rehabilitación física y mental
4. Seguro de Riesgos del Trabajo
5. Seguro de Retiro, Cesantía en edad avanzada y Vejez
6. Seguro de Invalidez y Vida

PRESTACIONES Y SERVICIOS

Préstamos Hipotecarios y financiamiento general para la vivienda

- 1) Adquisición de propiedad en terrenos o casa habitación
- 2) Construcción
- 3) Reparación, ampliación o mejoras
- 4) Pago de pasivos adquiridos por estos conceptos

Préstamos Personales

- 1) Ordinarios
- 2) Especiales
- 3) Para adquisición de bienes de consumo duradero
- 4) Extraordinarios para damnificados por desastres naturales

Servicios Sociales

- 1) Programas de apoyo para la adquisición de productos básicos y de consumo para el hogar, a través de SUPERISSSTE
- 2) Servicios turísticos, a través de TURISSSTE
- 3) Servicios funerarios
- 4) Servicios de Atención para el Bienestar y Desarrollo Infantil

Servicios Culturales

- 1) Programas Educativos y de Capacitación
- 2) Atención a Jubilados y Pensionados y discapacitados
- 3) Programas de Fomento Deportivo

3.15 Retiro y prestaciones ante el ISSFAM

SERVICIO MÉDICO INTEGRAL

Es la atención médica quirúrgica por la cual se trata de conservar la salud de las personas. Se proporciona al militar, cónyuge, concubina, concubinario, hijas, hijos y padres.

BECAS ESCOLAR Se otorga a las hijas e hijos de los militares en activo que cursen el nivel medio superior y superior, para cubrir gastos inherentes de la educación.

DE MANUTENCIÓN Cuota mensual que se otorga a las hijas e hijos de militares en activo que se encuentran cursando estudios a nivel medio Superior y Superior.

ESPECIAL Se otorga a las hijas e hijos que padezcan algún grado de discapacidad física o mental de militares en activo, en todos sus niveles escolares. Las becas de manutención, escolar o especial también se otorga a las hijas e hijos de los militares fallecidos, desaparecidos o incapacitados en primera o segunda categoría en actos del servicios.

El ISSFAM otorga becas económicas a las hijas e hijos de los militares en servicio activo (de mariner a Primer Maestre) que se encuentran estudiando en primaria y secundaria.

AYUDA PARA GASTOS DE SEPELIO Se proporciona al militar al fallecimiento del cónyuge, concubina, concubinario, padre, madre o alguna hija e hijo.

PAGAS DE DEFUNCIÓN Al fallecimiento del militar se otorga al familiar o quien acredite mediante factura los gastos de sepelio.

SEGURO DE VIDA MILITAR Lo cobra el beneficiario en caso de defunción del militar, o el militar que se haya incapacitado en primera o segunda categoría en actos del servicio.

SEGURO INSTITUCIONAL Lo cobra el beneficiario en caso de defunción del Militar a partir del grado de Teniente de Corbeta a Almirante (milicia permanente o auxiliar).

CRÉDITO HIPOTECARIO Se otorga para adquisición, construcción, ampliación, y reparación de vivienda, así como en pago de pasivos a militares que tengan 6 años de aportaciones al fondo de vivienda militar.

FONDO DE AHORRO El personal de almirantes, Capitanes y oficiales cobrará este beneficio al causar baja del SAAM, al solicitar licencia ilimitada o retiro y cada seis años podrá disponer de la aportación propia. Así mismo, lo cobrará el beneficiario en caso de defunción del militar.

FONDO DE TRABAJO El personal de Clases y Marinería cobrará este beneficio al causar baja del SAAM, solicitar licencia ilimitada, retiro o al ascender a oficial, así mismo lo cobra el beneficiario en caso de defunción del militar.

HABER DE RETIRO Prestación económica vitalicia a que tienen derecho los militares retirados, que hayan prestados 20 años de servicio (retiro voluntario, edad límite, o por incapacidad en actos dentro del servicio).

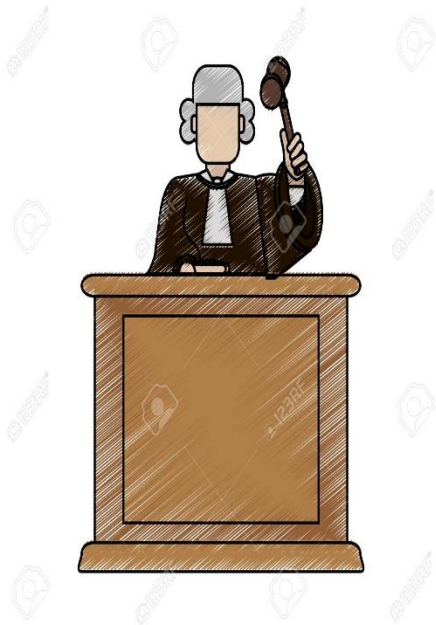
PENSIÓN Prestación económica a que tienen derecho los familiares por la defunción del militar en actos del servicio (sin importar el tiempo de servicio) o en caso de que hayan prestado 20 o más años de servicio.

COMPENSACIÓN Se otorga a los militares con 5 o más años de servicio sin llegar a los 20, al causar baja del SAAM, solicitar licencia ilimitada o por edad límite.

SEGURO COLECTIVO DE RETIRO Lo cobra el militar al pasar a situación de retiro con 20 años o más de servicio efectivo, incapacidad en primera o segunda categoría en actos del servicio. El beneficiario lo cobrará en caso de función del militar.

UNIDAD IV Aspectos procesales de la seguridad social

4.1 Los conflictos del IMSS



Los **conflictos individuales de seguridad social** son los que tienen por objeto reclamar el otorgamiento de prestaciones en dinero o en especie, derivadas de los diversos seguros que componen el régimen obligatorio del Seguro Social, organizado y administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, y de aquellas que conforme a la Ley del Seguro Social y la Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, deban cubrir el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores y las Administradoras de Fondos para el Retiro, así como las que resulten aplicables en virtud de contratos colectivos de trabajo o contratos-Ley que contengan beneficios en materia de seguridad social.

La competencia para conocer de estos conflictos, por razón de territorio corresponderá al Tribunal del lugar en el que se encuentre la clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social a la cual se encuentren adscritos los asegurados o sus beneficiarios.

En caso de que se demanden únicamente prestaciones relacionadas con la devolución de fondos para el retiro y vivienda, corresponderá la competencia al Tribunal federal de la entidad federativa donde se encuentre el último centro de trabajo del derechohabiente.

Los conflictos individuales de seguridad social, podrán ser planteados por:

- I. Los trabajadores, asegurados, pensionados o sus beneficiarios, que sean titulares de derechos derivados de los seguros que comprende el régimen obligatorio del Seguro Social;
- II. Los trabajadores que sean titulares de derechos derivados del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores o sus beneficiarios;

- III. Los titulares de las cuentas individuales del Sistema de Ahorro para el Retiro de los trabajadores sujetos a esta Ley o sus beneficiarios; y
- IV. Los trabajadores a quienes les resulten aplicables los contratos colectivos de trabajo o contratos-Ley que contengan beneficios en materia de seguridad social.

4.2 Instancias administrativas



Las controversias entre los asegurados o sus beneficiarios y el Instituto sobre las prestaciones que esta Ley otorga, deberán tramitarse ante los Tribunales Federales en materia laboral, en tanto que las que se presenten entre el Instituto y los patronos y demás sujetos obligados, se tramitarán ante el Tribunal Federal de Justicia Administrativa.

El Tribunal dirime sobre resoluciones definitivas, actos administrativos y procedimientos en temas como administración tributaria, seguridad social, cumplimiento de contratos de obras públicas, adquisiciones, arrendamientos, daño al patrimonio del Estado, comercio exterior, cuotas compensatorias, certificados de origen, responsabilidades administrativas de los servidores públicos, aspectos de medio ambiente y propiedad intelectual, entre otros.

Esa instancia tiene facultad para crear jurisprudencia cuando las tesis sustentadas en las sentencias son aprobadas por lo menos por siete magistrados, y constituyen precedente una vez publicados en la Revista del Tribunal. Para fijar jurisprudencia, el Pleno debe aprobar tres precedentes en el mismo sentido, no interrumpidos por otro en contrario.

El Tribunal Federal de Justicia Administrativa es un Tribunal de lo contencioso-administrativo, dotado de plena autonomía para dictar sus fallos con la organización y atribuciones que establece, está integrado por las Salas Regionales que podrán tener el carácter de Salas Especializadas o Auxiliares.

En lo que respecta al proyecto de presupuesto, será aprobado por el Pleno de su Sala Superior con sujeción a las disposiciones contenidas en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y será enviado a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) para su incorporación al Proyecto de Egresos de la Federación en términos de los criterios generales de política económica y conforme a los techos globales de gastos establecidos por el Ejecutivo Federal, una vez aprobado, el Tribunal lo ejercerá directamente sin sujetarse a las disposiciones generales emitidas por la SHCP y de la Función Pública, observando lo dispuesto en la Ley citada dentro del margen de la autonomía previsto en su artículo 5, fracción II, incisos c) y d). Dicho ejercicio deberá realizarse con base en los principios de eficiencia, eficacia y transparencia y estará sujeto a la evaluación y control de los Órganos correspondientes, esto tal y como lo enuncia la Ley Orgánica del Tribunal Federal de Justicia Administrativa. La función jurisdiccional del Tribunal está sostenida sobre una administración eficiente, transparente en el uso de todos sus recursos, racional en sus decisiones y totalmente sana en términos de gasto público. Los resultados que se presentan, derivan de políticas muy estrictas de observancia a la ley y racionalidad del gasto público.

El funcionamiento de este Órgano Jurisdiccional, está determinado por el impacto positivo de sus resoluciones en la vida social, económica, política y sin duda, la satisfacción del justiciable; sólo un trabajo responsable y honesto del juzgador puede preservar el justo equilibrio entre los intereses particulares y los del Estado, en las relaciones que se establecen en el ámbito contencioso.

4.3 Instancias jurisdiccionales

De conformidad al Art. 604 del LFT:

Corresponden a los Tribunales del Poder Judicial de la Federación o de los Tribunales de las entidades federativas, el conocimiento y la resolución de los conflictos de Trabajo que se susciten entre trabajadores y patrones, sólo entre aquellos o sólo entre éstos, derivado de las relaciones de trabajo o de hechos relacionados con ellas. En su actuación, los jueces y secretarios instructores deberán observar los principios de legalidad, imparcialidad, transparencia, autonomía e independencia.

Los Juzgados Especializados en Materia Laboral, que conocerán y resolverán los asuntos relativos a las diferencias o los conflictos entre trabajadores y patrones que no sea competencia del Tribunal Laboral del Poder Judicial de la Federación, en términos de lo que dispone el artículo 123 Apartado “A” fracción XX de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Los Juzgados Especializados en Materia Laboral, serán la máxima autoridad jurisdiccional en la materia, sus resoluciones serán emitidas con plenitud de jurisdicción y sus fallos serán definitivos, de conformidad y como lo establezca la Ley Reglamentaria del Apartado A, del Artículo 123, de la Constitución Política Federal. El Código de Organización del Poder Judicial determinará su competencia, forma de organización y funcionamiento.

El **Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje** es un órgano de impartición de justicia laboral competente para dar solución a los conflictos laborales individuales y colectivos que se suscitan entre las dependencias de la Administración Pública Federal, del Gobierno de la Cd. De México, sus trabajadores y sus organizaciones sindicales.

La legislación laboral de los trabajadores al servicio del Estado es relativamente nueva y tiene un origen diverso a la que rige a los demás trabajadores.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 123, apartado B, fracción XII, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los conflictos individuales, colectivos o intersindicales

deben ser sometidos al Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje integrado según lo prevenido en la ley reglamentaria.

El Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje, en términos del artículo 3 de su Reglamento Interior, es autónomo, con plena jurisdicción y competencia para tramitar y resolver los asuntos a que se refieren las Leyes Reglamentarias del Apartado "B" del Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Apartado "B", fracción XII, y 124 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional, este Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje, es un Órgano Jurisdiccional al que se someten los conflictos individuales, colectivos e intersindicales, de los titulares y trabajadores de las dependencias de los Poderes de la Unión, del Gobierno de la Ciudad de México y demás instituciones públicas que señale la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.

De este modo, el Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje es competente para:

- I.- Conocer de los conflictos individuales que se susciten entre titulares de una dependencia o entidad y sus trabajadores.
- II.- Conocer de los conflictos colectivos que surjan entre el Estado y las organizaciones de trabajadores a su servicio;
- III.- Conceder el registro de los sindicatos o, en su caso, dictar la cancelación del mismo;
- IV.- Conocer de los conflictos sindicales e intersindicales, y
- V.- Efectuar el registro de las Condiciones Generales de Trabajo, Reglamentos de Escalafón, Reglamentos de las Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene y de los Estatutos de los Sindicatos.

4.4 Recursos administrativos

Los **recursos administrativos** son mecanismos puestos a disposición de los particulares para hacer valer sus derechos frente a la administración.

Por otra parte, el recurso administrativo continúa siendo la fuente principal del control administrativo. A través de la interposición de un recurso, los administrados pueden "invocar argumentos de hecho o de derecho, apoyarse en consideraciones de legalidad o de oportunidad e impugnar la justicia de las apreciaciones de la administración y las consecuencias de éstas".

Desde un punto de vista etimológico, la palabra recurso deriva del vocablo latín *recursus* (marcha hacia atrás, acción y efecto de recurrir). Existe, pues, una idea de retomo al punto de origen.

El recurso administrativo puede definirse como un medio para atacar un acto administrativo que se hace valer normalmente ante un órgano administrativo. Se trata de un instrumento del que dispone el administrado, lesionado en su esfera de derechos e intereses jurídicos por un acto administrativo, a fin de obligar a la autoridad administrativa a hacer una revisión de la oportunidad o de la legalidad del acto atacado.

El recurso puede ser considerado como "una reclamación dirigida a una autoridad administrativa a fin de dar solución a un conflicto que tiene como fuente un acto jurídico cuyo autor es, precisamente, una autoridad administrativa".

Por "recurso" debemos entender una demanda o instancia destinada a obtener que la administración modifique una posición que ella misma ha adoptado, inicialmente, respecto del promovente.

El órgano competente para decidir es la Unidad de Quejas que depende del Consejo Técnico del IMSS. Sin embargo, este último puede delegar ejercicio de dicha atribución en los Consejos consultivos regionales.

El escrito deberá ser interpuesto directamente ante el Instituto (o ante la delegación regional competente) o mediante carta certificada.

Debe ir dirigido, ya sea al Consejo Técnico o al Consejo Consultivo regional. El recurso no debe observar ninguna formalidad específica, pero debe mencionar:

- 1) El nombre del patrón y el domicilio del establecimiento o empresa;
- 2) El número de matrícula o del carnet de inscripción como asegurado;
- 3) La fecha y el número de los expedientes en los cuales se encuentra contenida la decisión impugnada, así como la fecha de notificación de ésta: la exposición de agravios,
- 4) La motivación del recurso y
- 5) La lista de pruebas ofrecidas.

El escrito también deberá ir acompañado de los documentos que acrediten la personalidad del promovente y, dado el caso, la de su representante o mandatario. En caso de que el expediente sea incompleto, el promovente tendrá un plazo de cinco días para completarlo y una vez transcurrido dicho lapso, el recurso será improcedente en caso de no haber sido corregido.

Reglas de prueba.

Seguridad social. Salvo la confesión de la autoridad y la del promovente, todos los medios de prueba son admitidos con la condición de que tengan relación con la controversia y no sean contrarios a la moral y a la ley.

Las probanzas deberán ser ofrecidas mediante la presentación de los documentos necesarios. En caso de que el expediente no se encuentre a disposición del promovente,

éste podrá ser solicitado a la unidad de quejas de IMSS que lo tenga en su poder. Tanto el Consejo técnico como el secretario general del Instituto pueden ordenar la producción de pruebas. Los medios de prueba deben ser producidos en un plazo de 15 días, mismo que puede ser prorrogado.

4.5 Recurso de inconformidad

Se encuentra establecido en el siguiente artículo de la Ley del Seguro Social

*Artículo 294. Cuando los patrones y demás sujetos obligados, así como los asegurados o sus beneficiarios consideren impugnabile algún acto definitivo del Instituto, podrán **recurrir en inconformidad**, en la forma y términos que establezca el reglamento, o bien proceder en los términos del artículo siguiente. Las resoluciones, acuerdos o liquidaciones del Instituto que no hubiesen sido impugnados en la forma y términos que señale el reglamento correspondiente, se entenderán consentidos.*

El recurso de inconformidad regulado en la Ley del Seguro Social es un medio de defensa, de revisión jerárquica, mediante el cual se pueden defender los trabajadores o patrones por actos definitivos emitidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con los que no estén de acuerdo.

El recurso de inconformidad procede contra actos o resoluciones definitivas del IMSS, que lesionen los derechos como contribuyentes de los patrones, asegurados o beneficiarios (trabajadores y sus dependientes), tales como:

- ✓ Resoluciones que determinen cuotas obrero– patronales omitidas.
- ✓ Resoluciones que nieguen la devolución de cantidades que procedan conforme a la ley.
- ✓ Resoluciones que establezcan diferencias en la liquidación de cuotas obrero patronales.
- ✓ Resoluciones que determinen créditos fiscales.

El plazo para interponer el recurso de inconformidad es dentro de los 15 días siguientes a aquél en que haya surtido efectos la notificación del acto definitivo que se impugna.

El recurso se presenta ante la sede delegacional o subdelegacional que corresponda a la autoridad emisora del acto. Resuelve el Consejo Consultivo Delegacional.

4.6 Recurso de queja administrativa

Este recurso se encuentra establecido en la Ley del Seguro Social de la forma siguiente:

*Artículo 296. Los derechohabientes podrán interponer ante el Instituto **queja administrativa**, la cual tendrá la finalidad de conocer las insatisfacciones de los usuarios por actos u omisiones del personal institucional vinculados con la prestación de los servicios médicos, siempre que los mismos no constituyan un acto definitivo impugnado a través del recurso de inconformidad.*

El procedimiento administrativo de queja deberá agotarse previamente al conocimiento que deba tener otro órgano o autoridad de algún procedimiento administrativo, recurso o instancia jurisdiccional. La resolución de la queja se hará en los términos que establezca el instructivo respectivo.

*Se entiende por **queja administrativa** a toda insatisfacción formulada en exposición de hechos, por parte de los usuarios, por actos u omisiones en la prestación de los servicios médicos encomendados al Instituto, que originen reclamación o protesta por posibles violaciones a sus derechos, siempre que los mismos no constituyan un acto definitivo, impugnado a través del recurso de inconformidad en los términos de la Ley del Seguro Social y sus reglamentos.*

La tramitación de la queja administrativa se ajustará a las disposiciones que establece el presente Instructivo y a las que para su cumplimiento emita el Consejo Técnico del Instituto.

El procedimiento de queja administrativa tiene por finalidad la resolución de la misma, mediante la investigación oportuna, objetiva e imparcial de los hechos que la originaron, teniendo como fundamento principal las pruebas documentales aportadas por el quejoso y la información contenida en el expediente clínico relacionado con los hechos, a fin de conocer la actuación en la prestación de los servicios médicos a cargo del Instituto, realizar el análisis de los factores y causas que provocan las quejas y aportar información a las áreas institucionales correspondientes, para que éstas adopten las medidas preventivas y correctivas necesarias, lo que coadyuvará a mejorar la calidad de los servicios médicos.

La presentación de la queja administrativa no requiere de formato alguno, y será por escrito libre.

I. Datos específicos que debe contener el escrito:

- a) Nombre del asegurado y, en su caso, del promovente;
- b) Nombre del usuario receptor de los servicios médicos institucionales;
- c) En su caso, número de seguridad social del usuario receptor de los servicios médicos institucionales;
- d) Domicilio particular del asegurado o del promovente o del usuario, señalando código postal, número telefónico y correo electrónico; en su caso;
- e) En su caso, clínica de adscripción (Unidad de Medicina Familiar) del receptor de los servicios médicos institucionales;
- f) Unidad y servicio en el que se proporcionó u omitió la prestación del servicio médico institucional materia de la queja;
- g) Descripción clara y breve, en orden cronológico de cómo sucedieron los acontecimientos, señalando las fechas, horas, lugares, personas y servicios que dan lugar a la queja administrativa;
- h) Personal institucional que proporcionó u omitió la prestación del servicio materia de la queja, en su caso, los datos para su identificación;
- i) En su caso, nombre, denominación o razón social, y domicilio del patrón o sujeto obligado;
- j) La petición concreta;
- k) Toda queja será firmada por el promovente y, en caso de no saber firmar o no poder hacerlo, lo hará otra persona a su solicitud, poniendo en todo caso el promovente o usuario su huella digital, haciéndose constar en la misma esta circunstancia.

II. Documentos que se deben adjuntar al escrito inicial de queja:

- a) En su caso, los documentos originales o en copias, que sustenten la queja o procedimientos supletorios que acrediten los hechos, debidamente relacionados.
- b) Identificación oficial con fotografía y firma del promovente y, en su caso, del usuario de los servicios médicos institucionales, presentando el original para efectos de cotejo.

Integrado el expediente con el escrito de la queja, documentación o pruebas aportadas por el promovente, informes y documentos institucionales y con los elementos que juzguen necesarios,

las AAOD que correspondan según su competencia y de acuerdo a la normatividad que establezca la CGAOD, procederán a elaborar el dictamen en el que se razonará sobre los siguientes elementos:

- I. Datos del asegurado y unidad o unidades médicas involucradas.
- II. Síntesis de la queja.
- III. Resumen de la investigación, señalando, particularmente:
 - a) Desde el punto de vista médico, los aspectos técnicos realizados u omitidos, los efectos y consecuencias respecto al padecimiento en cuestión, relacionando los hechos, así como el sustento documental materia del dictamen, en el que se incluirá, de contar con él, informe rendido por el personal institucional vinculado con la prestación de la atención médica.
 - b) En su caso, síntesis de la resolución dictada por el área de Relaciones Contractuales, o estado que guarda la investigación administrativa laboral.
 - c) Desde el punto de vista legal, las consideraciones que en su caso formule el área jurídica que corresponda, vinculadas con las medidas compensatorias a las que tenga derecho el usuario o sus beneficiarios, en términos de indemnización y los parámetros adoptados para cuantificar el monto de ésta. Las consideraciones legales a que se refiere el párrafo anterior, sólo se solicitarán cuando la opinión médica respectiva establezca la procedencia de la queja administrativa correspondiente’.
- IV. Análisis realizado por las AAOD correspondientes, de los informes y conclusiones que en su caso hayan sido emitidos, por las áreas médica, jurídica y administrativa-laboral, producto de su estudio o investigación.
- V. Conclusiones en las que se señalen en forma categórica los aspectos que dieron lugar a ellas, debiendo dar respuesta a todas y cada una de las peticiones planteadas por el quejoso, precisando la existencia o no de responsabilidad institucional y, en su caso, las medidas compensatorias y preventivas que se propone sean adoptadas

Con apoyo en el dictamen formulado y las constancias que obren en el expediente, se elaborará por parte del AAOD correspondiente, el proyecto de acuerdo, que deberá contener:

- a) La motivación y fundamentación legal en que se sustente el acuerdo;
- b) La resolución de la queja, precisando la existencia o no de responsabilidad institucional;

- c) En su caso, las medidas compensatorias y la instrucción para la adopción de las acciones preventivas necesarias, y
- d) La instrucción de la notificación como resultado del procedimiento.

4.7 Procedimiento ante el Tribunal laboral

Cuando en los conflictos, se ejerciten en la misma demanda acciones relacionadas con obligaciones en materia de capacitación y adiestramiento o de seguridad e higiene, el conocimiento de estas materias será de la competencia del Tribunal Federal, de acuerdo a su jurisdicción. En el supuesto previsto en el párrafo anterior, el Tribunal, al admitir la demanda, ordenará se saque copia de la misma y de los documentos presentados por el actor, las que remitirá inmediatamente al Tribunal Federal para la sustanciación y resolución, exclusivamente, de las cuestiones sobre capacitación y adiestramiento, y de seguridad e higiene, en los términos señalados en esta Ley.

Corresponden a los Tribunales del Poder Judicial de la Federación o de los Tribunales de las entidades federativas, el conocimiento y la resolución de los conflictos de Trabajo que se susciten entre trabajadores y patrones, sólo entre aquellos o sólo entre éstos, derivado de las relaciones de trabajo o de hechos relacionados con ellas.

Del artículo anterior podemos señalar como hechos relacionadas entre ellos las derivadas de la ley del seguro social.

En la ley del infonavit también se regula este procedimiento ante el tribunal laboral:

Artículo 52.- En los casos de inconformidad de las empresas, de los trabajadores o sus beneficiarios sobre la inscripción en el Instituto, derecho a créditos, cuantía de aportaciones y de descuentos, así como sobre cualquier acto del Instituto que lesione derechos de los trabajadores inscritos, de sus beneficiarios o de los patrones, se podrá promover ante el propio Instituto un recurso de inconformidad. El Reglamento correspondiente, determinará la forma y términos en que se podrá interponer el recurso de inconformidad a que se refiere este artículo.

Artículo 53.- Las controversias entre los trabajadores o sus beneficiarios y el Instituto, sobre derechos de aquéllos se resolverán por los Tribunales federales en materia laboral una vez agotado, en su caso, el recurso que establece el artículo anterior.

Las controversias derivadas de adeudos de los trabajadores al Instituto por créditos que éste les haya concedido, una vez agotado, en su caso, el recurso a que se refiere el artículo anterior, se tramitarán ante los tribunales competentes. Será optativo para los trabajadores, sus causahabientes o beneficiarios, agotar el recurso de inconformidad o acudir directamente a los Tribunales federales en materia laboral o a los tribunales competentes.

Las demandas relativas a los conflictos a que se refiere esta sección, deberán contener:

- I. Nombre, domicilio y fecha de nacimiento del promovente y los documentos que acrediten su personalidad;
- II. Exposición de los hechos y causas que dan origen a su reclamación;
- III. Las pretensiones del promovente, expresando claramente lo que se le pide;
- IV. Nombre y domicilio de las empresas o establecimientos en las que ha laborado; puestos desempeñados; actividades desarrolladas; antigüedad generada y cotizaciones al régimen de seguridad social;
- V. Número de seguridad social o referencia de identificación como asegurado, pensionado o beneficiario, clínica o unidad de medicina familiar asignada;
- VI. En su caso, el último estado de la cuenta individual de ahorro para el retiro, constancia expedida por el Instituto Mexicano del Seguro Social de otorgamiento o negativa de pensión, o constancia de otorgamiento o negativa de crédito para vivienda;
- VII. Los documentos expedidos por los patrones, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores y la Administradora de Fondos para el Retiro correspondiente o, en su caso, el acuse de recibo de la solicitud de los mismos y, en general, la información necesaria que garantice la sustanciación del procedimiento con apego al principio de inmediatez;
- VIII. Las demás pruebas que juzgue conveniente para acreditar sus pretensiones; y
- IX. Las copias necesarias de la demanda y sus anexos, para correr traslado a la contraparte

Los organismos de seguridad social, conforme a lo dispuesto por el artículo 784 deberán exhibir los documentos que, de acuerdo con las Leyes, tienen la obligación legal de expedir y conservar, bajo el apercibimiento de que de no presentarlos, se presumirán ciertos los hechos alegados por el promovente.

En todo caso, corresponde a los organismos de seguridad social, probar su dicho cuando exista controversia sobre:

- I. Fecha de inscripción al régimen de seguridad social;
- II. Número de semanas cotizadas en los ramos de aseguramiento;
- III. Promedios salariales de cotización de los promoventes;
- IV. Estado de cuenta de aportaciones de vivienda y retiro de los asegurados;
- V. Disposiciones o retiros de los asegurados, sobre los recursos de las cuentas;
- VI. Otorgamiento de pensiones o indemnizaciones;
- VII. Vigencia de derechos; y
- VIII. Pagos parciales otorgados a los asegurados.

En el procedimiento se observará lo establecido en la sección primera de este capítulo, y en los casos en que se demanden prestaciones derivadas de riesgos de trabajo o enfermedades generales, el procedimiento se sujetará además a las siguientes reglas:

Cuando lo planteado en la demanda exija la designación de peritos, deberá citarse a la audiencia preliminar, y en el auto de citación se designará al perito o peritos médicos oficiales que estime necesarios, sin perjuicio de que las partes puedan acompañarse de un asesor que los auxilie en el desahogo del interrogatorio.

Los dictámenes deberán contener:

- I. Datos de la identificación y de la acreditación de la profesión de médico de cada uno de los peritos;
- II. Datos de identificación del actor, precisando el documento con el que se comprobó su identidad;
- III. Diagnóstico sobre los padecimientos reclamados;

- IV. Tratándose de calificación y valuación de riesgos de trabajo, los razonamientos para determinar la relación de causa efecto entre la actividad específica desarrollada por el trabajador y el estado de incapacidad cuya calificación o valuación se determine;
- V. Los medios de convicción en los cuales se basan las conclusiones del peritaje, incluyendo la referencia a los estudios médicos a los que se hubiera sometido el trabajador; y
- VI. En su caso, el porcentaje de valuación, de disminución orgánico funcional, o la determinación del estado de invalidez.

El Tribunal deberá tomar las medidas conducentes para que el o los peritos médicos oficiales designados acepten y protesten el cargo conferido dentro de los cinco días siguientes a la celebración de la audiencia preparatoria, quienes deberán señalar al Tribunal en forma justificada, los requerimientos necesarios para la emisión del dictamen pericial y, en su caso, para la determinación del nexo causal, tratándose de riesgos de trabajo.

El Tribunal notificará al perito o peritos oficiales y dictará las medidas que considere pertinentes para agilizar la emisión de los dictámenes periciales y requerirá al trabajador para que se presente a la realización de los estudios médicos o diligencias que requieran el o los peritos.

Dentro de los treinta días siguientes a la celebración de la audiencia preparatoria, el Tribunal señalará día y hora para la audiencia de juicio, en que se recibirán el o los dictámenes periciales con citación de las partes, con el apercibimiento que de no comparecer, se les tendrá por perdido su derecho para formular repreguntas u observaciones.

Si la parte actora no acude a las diligencias ordenadas por el Tribunal, o si abandona los estudios médicos o diligencias ordenadas, se hará constar la falta de interés, a efecto de que se decrete la deserción de la prueba, salvo las causas justificadas a que se refiere el artículo 785 de esta Ley.

El Tribunal deberá aplicar a los peritos las medidas de apremio que establece esta Ley, para garantizar la emisión oportuna del dictamen.

Las partes en la audiencia de desahogo de la pericial médica, por sí o a través de un especialista en medicina, podrán formular las observaciones o preguntas que juzguen convenientes en relación a las consideraciones y conclusiones de la prueba pericial médica.

El Tribunal podrá formular preguntas al perito o a los peritos que comparezcan a la diligencia.

El Tribunal determinará si se acreditó el nexo causal entre la actividad específica desarrollada por el trabajador y el medio ambiente de trabajo señalado en el escrito de demanda, así como el origen profesional del presunto riesgo de trabajo, para calificarlo como tal.

El Tribunal podrá requerir a las autoridades, instituciones públicas y organismos descentralizados, la información que posean y que contribuya al esclarecimiento de los hechos; también podrá solicitar estudios médicos de instituciones de salud públicas o privadas; practicar toda clase de consultas e inspecciones en las empresas o establecimientos en los que el trabajador haya laborado y, de ser necesario, se auxiliará con la opinión de peritos en otras materias.

Las instituciones de seguridad social deberán poner a disposición de los tribunales una plataforma informática que permita el acceso a sus bases de datos con el objeto de que el tribunal esté en condiciones de esclarecer los hechos controvertidos.

En la ejecución de la sentencia las partes podrán convenir las modalidades de su cumplimiento.

En el desahogo de la prueba pericial médica, se estará a lo dispuesto en los artículos 822, 823, 824, 824 Bis, 825 y 826 en lo que no se oponga a lo previsto en este artículo.

Los peritos médicos que intervengan en los conflictos vinculados con la calificación y valuación de riesgos de trabajo y enfermedades generales, deberán estar inscritos en el registro del Tribunal federal como peritos oficiales conforme a lo previsto en el artículo 899-G.

Para tal efecto, los peritos médicos deberán satisfacer los requisitos siguientes:

- I. Estar legalmente autorizados y capacitados para ejercer la profesión de médico;
- II. Gozar de buena reputación;
- III. Tener tres años de experiencia profesional vinculada con la medicina del trabajo;
- IV. No haber sido condenado por delito intencional sancionado con pena corporal; y
- V. Observar lo dispuesto por el artículo 707 de esta Ley, así como las disposiciones de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, en lo que respecta a las causas de impedimento y excusa. Si durante el lapso de seis meses alguno de los peritos médicos incumple en más de tres ocasiones, con la presentación

oportuna de los dictámenes médicos que le sean requeridos, sin que medie causa justificada, a juicio del Tribunal será dado de baja del registro de peritos médicos y no podrá reingresar sino transcurridos dos años, contados a partir de la fecha de la baja.

El Consejo de la Judicatura Federal integrará un cuerpo de peritos médicos oficiales especializados en medicina del trabajo y áreas afines que estarán adscritos al Poder Judicial de la Federación. En caso de que por la carga de trabajo o el nivel de especialización así lo requiera, las instituciones públicas que presten servicios de salud, deberán designar a los peritos médicos que les sean solicitados por el Tribunal, en los términos del Reglamento correspondiente, garantizando que el médico designado no tenga conflicto de intereses.

4.8 Procedimiento ante el Tribunal Federal de justicia administrativa

En la ley del infonavit se establece lo siguiente:

Artículo 54.- Las controversias entre los patrones y el Instituto, una vez agotado, en su caso, el recurso de inconformidad se resolverán por el Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa. Será optativo para los patrones agotar el recurso de inconformidad o acudir directamente ante el Tribunal Federal de Justicia Fiscal.

Requisitos del escrito de inconformidad,

Art. 4 del Reglamento de Inconformidad. Los requisitos que debe cumplir el escrito del recurso de inconformidad son los siguientes:

- El nombre y firma del recurrente, número de registro patronal, domicilio para oír y recibir notificaciones dentro de la circunscripción territorial de la delegación respectiva.
- Precisar el acto que se recurre, es decir, número y fecha de la liquidación, número de crédito, periodo e importe, fecha de notificación de la resolución y una narración sucinta de los hechos que origina la impugnación.
- Señalar a la autoridad que emitió el acto recurrido.

- Mencionar los motivos de inconformidad y agravios que le causa el acto impugnado.
- Relacionar las pruebas ofrecidas que acrediten los motivos de impugnación.

Adicionalmente, deberán acompañar al escrito los documentos que acrediten su personalidad, cuando no promuevan por su propio derecho y actué en nombre de persona moral, el documento en que conste el acto impugnado a fin de acreditar su existencia y términos, la constancia de notificación del acto recurrido para acreditar de su interposición y las pruebas ofrecidas.

Una vez que se ha presentado el recurso de inconformidad, el Secretario del Consejo Consultivo Delegacional del IMSS verificará que se cumplan los requisitos antes mencionados, y en caso de no ser así, requerirá al promovente para que dentro del plazo de cinco días hábiles, contados a partir de aquel en que surta efectos la notificación del requerimiento, proceda a aclarar, corregir o completar su recurso, con el apercibimiento de que en caso de incumplimiento será desechado el recurso.

Una vez solventado el requerimiento de omisiones, se admitirá el trámite del recurso requiriendo de oficio al Secretario del Consejo Consultivo los informes conducentes a las dependencias del instituto, las cuales deberán rendirlos en el término de diez días naturales. En un plazo de quince días hábiles contados a partir de su admisión deberán desahogarse las pruebas ofrecidas, plazo que podrá ser prorrogado por otro igual por una sola vez.

El Secretario del Consejo Consultivo Delegacional, una vez concluido el término de desahogo de pruebas, elaborará, dentro del término de treinta días, el proyecto de resolución que servirá de base para la discusión y votación, la que se pronunciará por unanimidad o mayoría de votos por los integrantes del Consejo Consultivo.

La resolución que dicte deberá considerar los motivos de impugnación aducidos por el recurrente y decidir lo conducente sobre las pretensiones de este.

Por lo anterior, las resoluciones administrativas que se emitan podrán ser en alguno de los siguientes sentidos:

- Declarar fundado el recurso de inconformidad, dejando sin efectos el acto reclamado.

- Declarar infundado el recurso de inconformidad, confirmando el acto recurrido.
- Declarar parcialmente fundado el recurso de inconformidad, precisando la parte del acto confirmado y el que se deja sin efectos.
- Sobreseer el recurso de inconformidad, materializándose las hipótesis legales de improcedencia o sobreseimiento contempladas en el Reglamento del Recurso de Inconformidad en sus artículos 13 y 14.

Recurso de revocación

El artículo 31 del Reglamento del recurso de Inconformidad contempla el recurso de revocación como el instrumento administrativo para combatir los actos y las resoluciones del Secretario del Consejo Consultivo Delegacional cuando niegue la admisión del recurso de inconformidad o cuando lo deseche o bien cuando no admita o deseche las pruebas ofrecidas por el recurrente.

PLAZO

Dicho recurso se presentará ante el propio Consejo Consultivo que conozca del recurso de inconformidad dentro de los tres días hábiles siguientes en que surta efectos el acuerdo recurrido y se decidirá de plano por el órgano colegiado referido.

Requisitos

- El nombre y firma del recurrente, número de registro patronal, domicilio para oír y recibir notificaciones dentro de la circunscripción territorial de la delegación respectiva.
- Señalar los argumentos encaminados a la revocación del acto impugnado, que en este caso sería el desechamiento del recurso de inconformidad o de las pruebas ofrecidas. Tramite Se presenta ante el mismo consejo consultivo

Resolución

En la siguiente sesión del consejo consultivo se decidirá de plano respecto a la admisión o desechamiento

Juicio contencioso administrativo

El juicio contencioso administrativo puede promoverse por el patrón o los sujetos obligados en contra de las liquidaciones de cuotas obrero patronales emitidos por el IMSS, sin que esté

obligado antes a agotar el recurso de inconformidad, esto en relación con el artículo 294 de la LSS.

El juicio contencioso administrativo es procedente en contra de:

- Las liquidaciones de cuotas obrero-patronales o actos definitivos emitidos por el IMSS.
- De las resoluciones definitivas emitidas por los Consejos Consultivos Delegacionales del IMSS al resolver el recurso de inconformidad promovido por los patrones o sujetos obligados. Plazo

Deberá presentarse la demanda ante la Sala Regional del Tribunal Federal de Justicia Administrativa (TFJA) de la circunscripción en que radique la autoridad del IMSS que emitió la liquidación o resolvió el recurso de inconformidad, dentro de los treinta días hábiles siguientes a aquel en que haya surtido efectos la notificación del acto reclamado. Requisitos La demanda deberá indicar:

- I. El nombre del demandante, domicilio fiscal, así como domicilio para oír y recibir notificaciones dentro de la jurisdicción de la Sala Regional competente, y su dirección de correo electrónico. Cuando se presente alguno de los supuestos a que se refiere el Capítulo XI, del Título II, de esta Ley, el juicio será tramitado por el Magistrado Instructor en la vía sumaria.
- II. La resolución que se impugna. En el caso de que se controvierta un decreto, acuerdo, acto o resolución de carácter general, precisará la fecha de su publicación.
- III. La autoridad o autoridades demandadas o el nombre y domicilio del particular demandado cuando el juicio sea promovido por la autoridad administrativa.
- IV. Los hechos que den motivo a la demanda.
- V. Las pruebas que ofrezca. En caso de que se ofrezca prueba pericial o testimonial se precisarán los hechos sobre los que deban versar y señalarán los nombres y domicilios del perito o de los testigos.

En caso de que ofrezca pruebas documentales, podrá ofrecer también el expediente administrativo en que se haya dictado la resolución impugnada. Se entiende por expediente administrativo el que contenga toda la información relacionada con el procedimiento que dio lugar a la resolución impugnada; dicha documentación será la que corresponda al inicio del procedimiento, los actos administrativos posteriores y a la resolución impugnada. La remisión del expediente administrativo no incluirá las documentales privadas del actor, salvo que las

especifique como ofrecidas. El expediente administrativo será remitido en un solo ejemplar por la autoridad, el cual estará en la Sala correspondiente a disposición de las partes que pretendan consultarlo.

- VI. Los conceptos de impugnación.
- VII. El nombre y domicilio del tercero interesado, cuando lo haya.
- VIII. Lo que se pida, señalando en caso de solicitar una sentencia de condena, las cantidades o actos cuyo cumplimiento se demanda.

Trámite

El demandante podrá presentar su demanda, mediante Juicio en la vía tradicional, por escrito ante la sala regional competente o, en línea, a través del Sistema de Justicia en Línea, para este último caso, el demandante deberá manifestar su opción al momento de presentar la demanda

Resolución

La sentencia definitiva podrá:

- A. Reconocer la validez de la resolución impugnada.
- B. Declarar la nulidad de la resolución impugnada.
- C. Siempre que se esté en alguno de los supuestos previstos en las fracciones II y III, del artículo 51 de esta Ley, el Tribunal declarará la nulidad para el efecto de que se reponga el procedimiento o se emita nueva resolución; en los demás casos, cuando corresponda a la pretensión deducida, también podrá indicar los términos conforme a los cuales deberá dictar su resolución la autoridad administrativa.

En los casos en que la sentencia implique una modificación a la cuantía de la resolución administrativa impugnada, la Sala Regional competente deberá precisar, el monto, el alcance y los términos de la misma para su cumplimiento. Tratándose de sanciones, cuando dicho Tribunal aprecie que la sanción es excesiva porque no se motivó adecuadamente o no se dieron los hechos agravantes de la sanción, deberá reducir el importe de la sanción apreciando libremente las circunstancias que dieron lugar a la misma.

- D. Declarar la nulidad de la resolución impugnada y además:

- a) Reconocer al actor la existencia de un derecho subjetivo y condenar al cumplimiento de la obligación correlativa.
- b) Otorgar o restituir al actor en el goce de los derechos afectados.
- c) Declarar la nulidad del acto o resolución administrativa de carácter general, caso en que cesarán los efectos de los actos de ejecución que afectan al demandante, inclusive el primer acto de aplicación que hubiese impugnado. La declaración de nulidad no tendrá otros efectos para el demandante, salvo lo previsto por las leyes de la materia de que se trate.
- d) Reconocer la existencia de un derecho subjetivo y condenar al ente público federal al pago de una indemnización por los daños y perjuicios causados por sus servidores públicos.

Amparo directo

Las sentencias del TFJA podrán impugnarse cuando las consideren contrarias a sus intereses del actor, mediante el juicio de amparo directo, dentro de los quince días hábiles siguientes a aquel en que surta efectos la misma, presentándose por conducto de la Sala que emitió la resolución impugnada.

En el juicio de amparo las promociones deberán hacerse por escrito. Podrán ser orales las que se hagan en las audiencias, notificaciones y comparecencias autorizadas por la ley, dejándose constancia de lo esencial. Es optativo para el promovente presentar su escrito en forma impresa o electrónicamente. Los escritos en forma electrónica se presentarán mediante el empleo de las tecnologías de la información, utilizando la Firma Electrónica conforme la regulación que para tal efecto emita el Consejo de la Judicatura Federal.

Tramite

La demanda de amparo directo deberá formularse por escrito, en el que se expresarán:

- I. El nombre y domicilio del quejoso y de quien promueve en su nombre;
- II. El nombre y domicilio del tercero interesado;
- III. La autoridad responsable;
- IV. El acto reclamado. Cuando se impugne la sentencia definitiva, laudo o resolución que haya puesto fin al juicio por estimarse inconstitucional la norma general aplicada, ello será materia únicamente del capítulo de conceptos de violación de la demanda, sin

señalar como acto reclamado la norma general, debiéndose llevar a cabo la calificación de éstos en la parte considerativa de la sentencia;

- V. La fecha en que se haya notificado el acto reclamado al quejoso o aquélla en que hubiese tenido conocimiento del mismo;
- VI. Los preceptos que, conforme a la fracción I del artículo 1o de esta Ley, contengan los derechos humanos cuya violación se reclame; y
- VII. Los conceptos de violación

Resolución

Finalmente, cabe mencionar que el juicio de amparo concluye con resolución definitiva sobre la legalidad de la sentencia emitida por el TFJA, y en consecuencia confirma o revoca el acto definitivo emitido por el IMSS, no admitiendo recurso en contra.

4.9 Procedimientos, caducidad y prescripción

La facultad del Instituto de fijar en cantidad líquida los créditos a su favor se extingue en el término de cinco años no sujeto a interrupción, contado a partir de la fecha de la presentación por el patrón o por cualquier otro sujeto obligado en términos de esta Ley, del aviso o liquidación o de aquella en que el propio Instituto tenga conocimiento del hecho generador de la obligación.

El plazo de caducidad señalado en este artículo sólo se suspenderá cuando se interponga el recurso de inconformidad o juicio.

La obligación de enterar las cuotas y los capitales constitutivos, prescribirá a los cinco años de la fecha de su exigibilidad. La prescripción se regirá en cuanto a su consumación e interrupción, por las disposiciones aplicables del Código Fiscal de la Federación.

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:

- I. Cualquier mensualidad de una pensión, asignación familiar o ayuda asistencial, así como el aguinaldo;
- II. Los subsidios por incapacidad para el trabajo por enfermedad no profesional y maternidad;
- III. La ayuda para gastos de funeral, y
- IV. Los finiquitos que establece la Ley. 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.

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.

El derecho del trabajador o pensionado y, en su caso, de sus beneficiarios a recibir los recursos de la Subcuenta de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez es imprescriptible. Sin perjuicio de lo anterior, el Instituto podrá disponer de dichos recursos a los diez años de que sean exigibles sin necesidad de resolución judicial, siempre que constituya una reserva suficiente para atender las solicitudes de devolución de los trabajadores, pensionados o beneficiarios.

Cualquier mensualidad de una pensión, asignación familiar o ayuda asistencial recibirá el mismo tratamiento, en el año calendario en el que sea exigible. La Secretaría de Hacienda y Crédito Público aprobará la metodología para determinar el monto de la reserva que el Instituto constituirá para atender las solicitudes de devolución señaladas en el párrafo anterior y el procedimiento que deberá seguir para ello.

4.10 Sentencias relevantes en materia de seguridad social

El derecho de la seguridad social es la categoría jurídica que abarca un conjunto de prestaciones que buscan proteger a los individuos y sus familias de algunas de las contingencias más costosas para éstos en términos de bienestar psicológico y económico. Los estados y las comunidades generan sistemas de seguros que se activan ante la actualización de riesgos o situaciones específicas tales como la enfermedad, la vejez, la maternidad y la muerte, entre otras. Estos esquemas de aseguramiento se financian con los aportes de diversos actores y sus fuentes, entre ellos los impuestos, varían según los sujetos asegurados y son instrumentados de acuerdo con el principio de solidaridad, esto es, con la subvención de quienes más pueden aportar al cubrimiento de los riesgos de quienes pueden hacerlo en menor medida.

Este derecho social es, debido a su impacto sobre la igualdad y el bienestar de diversas capas de la población, fundamental. Dicho de manera muy breve, cuando alguna de estas contingencias poco felices sucede, los sujetos y su entorno familiar están en riesgo de tener que dedicar buena parte de sus recursos para hacer frente a la eventualidad. Es decir, es muy posible que el enfrentar una situación como la enfermedad o la muerte de alguien del entorno familiar deje a las personas que la integran en peores condiciones, sobre todo si tienen que asumir ese evento desde una posición, de inicio, precaria.

La fundamentalidad de esas prestaciones para el bienestar de las personas está reconocida como un derecho humano en diversos instrumentos internacionales y en la Constitución mexicana. Precisamente, el artículo 123 de la Carta Magna reconoce expresamente el derecho de los trabajadores a la afiliación a un sistema de aseguramiento social de contingencias y de prestaciones del bienestar.

De manera más específica, cuáles han sido las decisiones de la Suprema Corte cuando los litigios de derechos fundamentales tienen por objeto el derecho a la pensión de un asegurado, mismo que es reclamado por su pareja permanente, denominada en el argot jurídico mexicano como "concubina" o "concubino". En este tipo de casos confluyen tres ámbitos integrados por una variedad amplia de derechos fundamentales: el de la seguridad social, el laboral y el familiar. Así,

aunque el aseguramiento social no se deriva exclusivamente de las relaciones laborales, buena parte de las instituciones involucradas en la presunta vulneración de ese derecho humano están destinadas a los trabajadores, que, además, tienen ciertos vínculos laborales específicos. No obstante, el acceso a la seguridad social en muchos casos únicamente depende de cierto estatus familiar y no de la trayectoria laboral del beneficiario e incluso ciertos beneficios resultan incompatibles. Como derechos importantes se vinculan a la condición familiar, la legislación sobre seguridad social también se ocupa de regular la creación y disolución de las relaciones familiares que se reconocerán legalmente para sus fines.

Cuando se trata, entonces, de litigios sobre derechos fundamentales de las concubinas a recibir una pensión por viudez pueden distinguirse algunas características: se trata de asuntos donde la parte demandante es, generalmente, una mujer. Esto permite identificar ciertos rasgos de género específicos en lo relativo a las relaciones de dependencia económica y de distribución de tareas dentro de las familias que litigan estos asuntos. También es posible observar que las legislaciones de seguridad social, de carácter federal, y las familiares, que es estatal, corren en paralelo, esto es, muchas veces definen las instituciones y los términos de manera diferente. Otro rasgo común a estos asuntos es la multiplicidad de instituciones de aseguramiento público y la complejidad de la normatividad que las gobierna. Es posible que esto implique que los litigios sobre este derecho fundamental requieran contar con la representación de un abogado experto, no sólo en amparo, sino en las particularidades del aseguramiento que se combate.

En relación con los escenarios de litigio en la Suprema Corte es posible distinguir cinco patrones fácticos:

- (i) desigualdad de requisitos para acceder a la pensión por viudez entre concubinas y entre éstas y cónyuges;
- (ii) derecho a la pensión por viudez entre concubinos del mismo sexo y por razón de género;
- (iii) incompatibilidad entre salario y pensión por viudez;
- (iv) efectos probatorios de las sentencias de jurisdicción voluntaria para acreditar concubinato; y
- (v) efectos de los pliegos testamentarios sobre la pensión por viudez para concubinas. La categorización de los casos facilita, también, una lectura global del cambio argumentativo y de adjudicación por parte de los jueces constitucionales en México, tanto los de instancia, como del Máximo Tribunal.

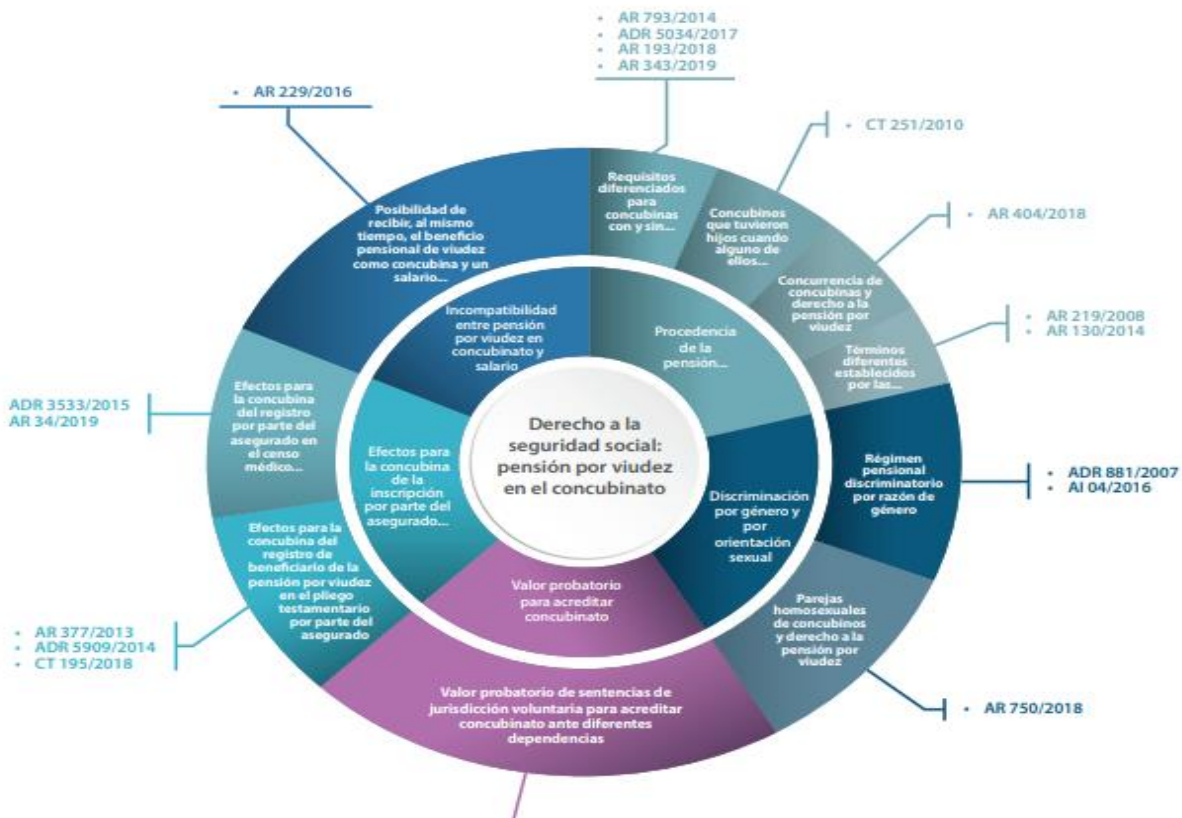
Los primeros fallos registrados en este cuaderno están abocados al estudio del trámite procesal y de la legislación aplicable al desacuerdo entre una actora y una institución de seguridad social. Conforme fue evolucionando la jurisprudencia constitucional en otros asuntos, también sucedió lo mismo en materia de pensión por viudez para concubinas: se integran los instrumentos internacionales de derecho a la seguridad social y se interpreta de manera sistemática este corpus normativo como parte de la Constitución.

Cuando se discute sobre adjudicación constitucional de derechos humanos en general o sobre derechos sociales, en particular, la seguridad social no suele ser el primer ejemplo de interés paradigmático en alguna de estas dos categorías. Tal vez su complejidad en términos de legislación y de las instituciones que administran ese seguro, o porque parte de la discusión tiene que ver directamente con distribución de cargas dinerarias y obligaciones de financiación, entre otras, se soslaya el carácter de derecho fundamental de la seguridad social. Pero, precisamente, esas características de derecho fundamental que exhiben de manera permanente los problemas de costos y sostenibilidad son, más que una debilidad, una oportunidad de explorar también esta faceta de las garantías básicas: su interdependencia, su eventual choque y su relación ineludible con los recursos que se destinan para su protección y promoción.

Finalmente, además de reiterar el carácter de derecho humano de la protección del derecho a la seguridad social, hemos incluido en este cuaderno en la serie Derecho y familia para destacar cómo la regulación en esta materia determina muchas veces el carácter de miembro de una familia para efectos del otorgamiento de protección legal y su contenido debe formar parte del cambio en el entendimiento de la familia constitucionalmente amparada.

Nota: En el siguiente esquema encontrará los datos de las resoluciones que se sugiere estudiar para efecto de comprender más sobre el tema.

Pensión por viudez y concubinatos



4.1 Criterios de la CIDH sobre seguridad social

El Sistema Interamericano de Derechos Humanos ha protegido la seguridad social por medio de diferentes convenios, declaraciones y decisiones. Por tal razón, en el presente trabajo se analizan la seguridad social, los requisitos para tramitar una queja o petición ante la Comisión y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, los mecanismos para lograr la protección de este derecho en el sistema y los casos más relevantes de estos procedimientos.

En el Sistema Interamericano de Derechos Humanos (sidh) existen varias declaraciones y convenios que protegen la seguridad social. El primero de ellos, es la Convención Americana de Derechos Humanos, que señala que “todas las personas son iguales ante la ley”. En consecuencia, tienen derecho, sin discriminación, a igual protección de la ley. De igual manera, establece que: Los Estados partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados.

Adicionalmente, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador”, determina en materia de seguridad social que: Toda persona tiene derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez y de la incapacidad que la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa. En caso de muerte del beneficiario, las prestaciones de seguridad social serán aplicadas a sus dependientes... Cuando se trate de personas que se encuentran trabajando, el derecho a la seguridad social cubrirá al menos la atención médica y el subsidio o jubilación en casos de accidentes de trabajo o de enfermedad profesional y, cuando se trate de mujeres, licencia retribuida por maternidad antes y después del parto.

“... La Comisión Interamericana de Derechos Humanos es un órgano de la Organización de los Estados Americanos creado para promover la observancia y la defensa de los derechos humanos y servir como órgano consultivo de la Organización en esta materia”¹⁶. Sin embargo, se pueden presentar denuncias o quejas ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (cidh), siempre y cuando se cumplan los requisitos de competencia y de admisibilidad que se relacionan a continuación.

Requisitos de competencia

En razón a la persona Las denuncias o quejas pueden presentarse en la cidh por: “Cualquier persona o grupo de personas, o entidad no gubernamental legalmente reconocida en uno o más Estados miembros de la Organización [de Estados Americanos]...”.

Adicionalmente, la denuncia o queja “no requiere de autorización de la víctima”. Sin embargo, “...deben existir víctimas concretas, individualizadas y determinadas... no siendo admisibles peticiones realizadas in abstracto, desvinculada de los derechos de seres humanos individualizados”. [De otro lado...] cualquier persona o grupo de personas, o entidad no gubernamental legalmente reconocida en uno o más Estados miembros de la OEA puede presentar a la Comisión peticiones en su propio nombre o en el de terceras personas, referentes a la presunta violación de alguno de los derechos humanos reconocidos, según el caso, en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Convención Americana sobre Derechos Humanos ‘Pacto de San José de Costa Rica’, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ‘Protocolo de San Salvador’, el Protocolo a la Convención Americana sobre Derechos Humanos Relativo a la Abolición de la Pena de Muerte, la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura, la Convención Interamericana sobre Desaparición Forzada de Personas y la Convención Interamericana para Prevenir, Pará’, conforme a sus respectivas disposiciones, el Estatuto de la Comisión y el presente Reglamento. El peticionario podrá designar en la propia petición, o en otro escrito, a un abogado u a otra persona para representarlo ante la Comisión.

En razón a la materia La cidh solo puede resolver las quejas o peticiones que se encuentren fundamentadas en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del hombre, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, “Pacto de San José de Costa Rica”, y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”.

Requisitos de admisibilidad

Requisitos de forma y fondo

Antes de iniciar el trámite de una petición o queja la cidh se debe verificar los siguientes aspectos o condiciones de forma y fondo: [Nombre, nacionalidad y firma de la persona o personas denunciantes o, en el caso de que el peticionario sea una entidad no gubernamental, el nombre y la firma de su representante o representantes legales.];... Si el peticionario desea que su identidad

sea mantenida en reserva frente al Estado...; La dirección para recibir correspondencia..., número de teléfono, facsímil y dirección [de correo electrónico];... Una relación del hecho o situación denunciada, con especificación del lugar y fecha de las violaciones alegadas;... De ser posible, el nombre de la víctima, así como de cualquier autoridad pública que haya tomado conocimiento del hecho o situación denunciada;... La indicación del Estado que el peticionario considera responsable, por acción o por omisión, de la violación de alguno de los derechos humanos consagrados en la Convención Americana sobre Derechos Humanos y otros instrumentos aplicables, aunque no se haga una referencia específica al/os artículo(s) presuntamente violado(s)....

Agotamiento de recursos de jurisdicción interna

Para que una petición o comunicación presentada sea admitida por la cidh, se requiere que se haya interpuesto y agotado los recursos de jurisdicción interna, conforme a los principios del Derecho Internacional generalmente reconocidos. Es decir, se debe acudir primero a las instancias internas y si de esta manera no se repara o se pone fin a la violación, se puede entonces acudir al Sistema Interamericano de Derechos Humanos (sidh). Sin embargo, existen las siguientes excepciones al agotamiento de los recursos internos, cuando: No existe en la legislación interna del Estado de que se trata el debido proceso legal para la protección del derecho o derechos que se alega han sido violados;... No se ha permitido al presunto lesionado en sus derechos el acceso a los recursos de la jurisdicción interna, o haya sido impedido de agotarlos;... retardo injustificado en la decisión sobre los mencionados recursos..., [o] los recursos no sean adecuados o efectivos

La Corte Interamericana de Derechos Humanos

La cidh es una institución judicial autónoma, cuyo principal objetivo es la aplicación e interpretación de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Si se ha agotado el procedimiento ante la Comisión Interamericana de Derechos, se puede acudir ante la Corte, siempre y cuando se cumplan los requisitos en cuanto a la persona, la materia, el tiempo y el lugar

En primer lugar, el Sistema Interamericano de Derechos Humanos en materia de pensiones ha analizado el siguiente caso: Caso “Cinco Pensionistas” vs Perú. En el caso tramitado ante la CIDH se observan los siguientes hechos: El 26 de febrero de 1974 se emitió el Decreto-Ley n.º 20530 titulado ‘Régimen de Pensiones y Compensaciones por Servicios Civiles Prestados al Estado no comprendidos en el Decreto-Ley 19990...’. Las presuntas víctimas trabajaron en la SBS y cesaron después de haber prestado más de 20 años de servicios en la Administración Pública. Los cinco pensionistas empezaron a trabajar en la Administración Pública entre 1940 y 1964, y cesaron de trabajar en la SBS entre 1975 y 1990... Según lo establece la ley orgánica de la SBS emitida en 1981, dicha entidad ‘es una Institución Pública con personería jurídica de derecho público, con autonomía funcional, administrativa y económica.’ El personal de la SBS se encontraba dentro de un régimen laboral de la actividad pública, hasta que en esta ley orgánica de 1981 se dispuso que su personal ‘se encontraría comprendido en el régimen laboral correspondiente a la actividad privada, salvo el caso de los trabajadores comprendidos en el régimen de la Ley n.º 11377 y en el de pensiones establecido por el Decreto Ley 20530, los que, a su elección, podían continuar en dicho régimen’... Las presuntas víctimas eligieron continuar con el régimen del Decreto Ley n.º 20530. Conforme al referido decreto-ley y sus normas conexas y complementarias, el Estado reconoció a las presuntas víctimas el derecho a una pensión de cesantía nivelable, progresivamente, de conformidad con la remuneración ‘de los servidores públicos en actividad de las respectivas categorías’, que ocuparan el mismo puesto o función análoga al que desempeñaban los pensionistas al momento en que cesaron de trabajar para la SBS... Las nivelaciones de las pensiones de las presuntas víctimas se efectuaron de manera sucesiva y periódica, ‘cada vez que se producía un incremento por escala en las remuneraciones de los trabajadores y funcionarios activos de la Superintendencia de Banca y Seguros’, desde el momento del cese de cada uno de los cinco pensionistas hasta que en abril de 1992 la SBS suspendió el pago de la pensión del señor Reymert Bartra Vásquez y, en septiembre de ese mismo año, redujo el monto de la pensión de los señores Carlos Torres Benvenuto, Javier Mujica Ruiz-Huidobro, Guillermo Álvarez Hernández y Maximiliano Gamarra Ferreyra, en aproximadamente un 78%, sin previo aviso ni explicación alguna... A partir de noviembre de 1992 y mientras se encontró vigente el Decreto-Ley Núm. 25792, el MEF continuó pagando a las presuntas víctimas una pensión calculada en los términos de dicha norma. Teniendo en cuenta los hechos analizados anteriormente, la CIDH estableció responsabilidad del Estado peruano con fundamento en los siguientes aspectos:

En relación con el artículo 2 de la Convención, la Corte ha dicho que: En el derecho de gentes, una norma consuetudinaria prescribe que un Estado que ha ratificado un tratado de derechos

humanos debe introducir en su derecho interno las modificaciones necesarias para asegurar el fiel cumplimiento de las obligaciones asumidas. Esta norma es universalmente aceptada, con respaldo jurisprudencial. La Convención Americana establece la obligación general de cada Estado Parte de adecuar su derecho interno a las disposiciones de dicha Convención, para garantizar los derechos en ella consagrados. Este deber general del Estado Parte implica que las medidas de derecho interno han de ser efectivas (principio del *effet utile*). Esto significa que el Estado ha de adoptar todas las medidas para que lo establecido en la Convención sea efectivamente cumplido en su ordenamiento jurídico interno, tal como lo requiere el artículo 2 de la Convención. Dichas medidas sólo son efectivas cuando el Estado adapta su actuación a la normativa de protección de la Convención... En el mismo sentido, el Tribunal ha manifestado que el deber general del artículo 2 de la Convención Americana implica la adopción de medidas en dos vertientes. Por una parte, la supresión de las normas y prácticas de cualquier naturaleza que entrañen violación a las garantías previstas en la Convención. Por la otra, la expedición de normas y el desarrollo de prácticas conducentes a la efectiva observancia de dichas garantías.

Así mismo, la Corte ha dicho que: [...] no basta con la existencia formal de los recursos sino que éstos deben ser eficaces, es decir, deben dar resultados o respuestas a las violaciones de derechos contemplados en la Convención. Este Tribunal ha señalado que no pueden considerarse efectivos aquellos recursos que, por las condiciones generales del país o incluso por las circunstancias particulares de un caso dado, resulten ilusorios. Ello puede ocurrir, por ejemplo, cuando su inutilidad haya quedado demostrada por la práctica, porque el órgano jurisdiccional carezca de la independencia necesaria para decidir con imparcialidad o porque falten los medios para ejecutar sus decisiones; por cualquier otra situación que configure un cuadro de denegación de justicia, como sucede cuando se incurre en retardo injustificado en la decisión... y que... la salvaguarda de la persona frente al ejercicio arbitrario del poder público es el objetivo primordial de la protección internacional de los derechos humanos.

En este orden de ideas, el artículo 21 de la Convención protege el derecho de los cinco pensionistas a recibir una pensión de cesantía nivelada de acuerdo al Decreto-Ley n.º 20530, en el sentido de que se trata de un derecho adquirido, de conformidad con lo dispuesto en la normativa constitucional peruana, o sea, de un derecho que se ha incorporado al patrimonio de las personas. Conforme a lo señalado anteriormente, ha quedado establecido que las presuntas víctimas tienen un derecho adquirido al pago de una pensión y, más precisamente, a una pensión cuyo valor se

nivele con la remuneración percibida por las personas que estén desempeñando las mismas o similares labores a aquellas que ejercía el beneficiario de la pensión en el momento de retirarse del cargo. Entonces, la controversia se plantea en relación con otro punto. Las personas que desempeñan iguales o similares labores a las que ejercían los cinco pensionistas pueden estar sometidas a dos regímenes distintos, el de actividad pública y el de actividad privada, y sus remuneraciones varían, según si están sujetas a uno u otro, siendo notoriamente más elevada la del segundo régimen que la del primero.

Recursos didácticos para consultar algunos temas:

- ✓ Sobre el derecho a la seguridad social: <https://www.youtube.com/watch?v=MFM5w13KCik&t=189s>
- ✓ Sobre los riesgos de trabajo: <https://www.youtube.com/watch?v=MB-qWa2gDBg>
- ✓ Sobre conflictos de seguridad social: https://www.youtube.com/watch?v=SKs7JcP3r_w

Fuentes de información

Bibliografía

- ✓ Briceño Ruíz, Alberto. Derecho de la seguridad social, editorial Oxford, México, 2020
- ✓ Mendizábal Bermúdez, Gabriela. La Seguridad social en México, editorial Porrúa, México, 2018.
- ✓ Ramírez Chavero, Ivan. Derecho de la seguridad social, Flores editor, México, 2021.

Linkografía

https://www.sitios.scjn.gob.mx/cec/sites/default/files/publication/documents/2019-03/06_CRUZ-P_REVISTA_CEC_SCJN_NUM_5-53-86.pdf

https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/Cartilla-DH_Seguridad_social.pdf

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20142015/20-Anexos.pdf>

<https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/sentencias-emblematicas/resumen/2020-12/Resumen%20AD9-2018%20DGDH.pdf>

https://www.sitios.scjn.gob.mx/cec/sites/default/files/publication/documents/2021-02/DERECHO%20A%20LA%20SEGURIDAD%20SOCIAL_Version%20electro%20CC%8Inico.pdf

Legislación consultada

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Ley del Seguro Social
- Ley Federal del Trabajo
- Ley del ISSSTE
- Ley del ISSFAM
- Ley del INFONAVIT