

||  
**SEGURIDAD  
SOCIAL**

||  
Revista  
de la

Asociación  
Internacional  
de la  
Seguridad  
Social



Conferencia  
Interamericana  
de  
Seguridad  
Social



SECRETARIAS GENERALES DE LA A.I.S.S. Y DE LA C.I.S.S.  
EDITADA EN MÉXICO, D. F.

Paseo de la Reforma 476 — 8º piso

## **Conferencia Interamericana de Seguridad Social**



**Centro Interamericano de  
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

# SEGURIDAD SOCIAL

AÑO IV

DICIEMBRE 31 DE 1955

No. 18

## INDICE

El Régimen General de Seguridad Social en Francia .....	9
El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social .....	23
El Seguro Social en Italia (I.N.A.I.L.) .....	29
El Servicio Nacional de Salubridad en la Gran Bretaña .....	33
El Régimen Mexicano de Seguro Social .....	39
La Asistencia Social en la U.R.S.S. a las personas que han perdido su capacidad de trabajo (por N. A. MURAVIOVA). Ministro de Seguridad Social en la Rep. Socialista Soviética de Rusia. (R.S.F.S.A.) .....	71
Noticias de Seguridad Social .....	81
Austria.—Incremento de las prestaciones y contribuciones de seguridad social en Austria .....	83
Bélgica.—Nuevo Régimen de Pensiones de Retiro y Sobrevivientes para los trabajadores belgas .....	85
La actividad desplegada por la Oficina Nacional de la Colocación y el desempleo en 1954 .....	92
Brasil.—La situación de los seguros sociales .....	93
Canadá.—Revisión de la Ley de seguro de desempleo .....	95
Egipto.—Creación de una Caja de Seguros y de una Caja de Ahorros ..	101
Francia.—Aumento de ciertas prestaciones .....	105
Israel.—Prestaciones que el Régimen de Pensiones suministra a los funcionarios del gobierno .....	106
Italia.—Importe de las Prestaciones de Seguridad Social pagadas a los trabajadores agrícolas en 1954 .....	110
Sarre.—Reglamento de Pensiones para los Agricultores .....	111
Turquía.—Seguros Sociales para los Marinos. Nueva Extensión del Seguro de Enfermedad y Maternidad .....	114
Venezuela.—Inauguración de la Oficina del Instituto del Seguro Social en Ciudad Bolívar .....	115
Noticias de la A.I.S.S. ....	115

# El Régimen Mexicano de Seguro Social

## BASES LEGALES

La Ley del Seguro Social promulgada en el Diario Oficial publicado el 19 de enero de 1943, creó un servicio público nacional de carácter obligatorio, cuya organización y administración se halla a cargo de un organismo descentralizado con personalidad jurídica propia y domicilio en la Ciudad de México, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social. La Ley del Seguro Social Mexicano, desde la fecha mencionada hasta la actualidad ha sufrido dos reformas importantes: la primera de fecha 30 de diciembre de 1947 y la segunda del 28 de febrero de 1949. Esta Ley conjuntamente con las demás Leyes, Decretos y Reglamentos sobre la materia expedidos por el Poder Ejecutivo Federal, forman las bases legales sobre las que se asientan la organización y el funcionamiento del Seguro Social.

Las siguientes son las leyes, decretos y reglamentos que rigen en la actualidad el Seguro Social Mexicano.

1.—Ley del Seguro Social, de 31 de diciembre de 1942, publicada en el Diario Oficial de 19 de enero de 1943, y reformada por Decretos del H. Congreso de la Unión promulgados el 30 de diciembre de 1947 y 28 de febrero de 1949.

2.—Reglamento de "Inscripción de Patrones y Trabajadores, funcionamiento de la Dirección General del Instituto y Sesiones del Consejo Técnico", del 25 de abril de 1943, publicado en el Diario Oficial el 14 de mayo de 1943.

3.—Decreto de implantación del régimen del Seguro Social, en la circunscripción Territorial del Distrito Federal, de fecha 1o. de abril de 1943 y publicado en el Diario Oficial del 15 de mayo de 1943.

4.—Reglamento de clasificación de empresas, grados de riesgo y cuotas del seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, expedido el 25 de febrero de 1944, publicado en el Diario

Oficial del 7 de marzo del mismo año; que fué derogado por el Reglamento expedido el 1o. de julio de 1948, que a su vez fué derogado por el Reglamento expedido el 11 de septiembre de 1950 y publicado en el Diario Oficial del 30 de octubre del mismo año.

5.—Reglamento sobre pago de cuotas y contribuciones del Seguro Social, expedido el 29 de marzo de 1944, publicado en el Diario Oficial del 18 de abril del mismo año.

6.—Reglamento de la Asamblea General del Instituto Mexicano del Seguro Social, expedido el 1o. de febrero de 1945 y publicado en el Diario Oficial del 12 de febrero del mismo año.

7.—Reglamento de Cajas Regionales y Locales, expedido el 2 de febrero de 1945 y publicado en el Diario Oficial del 15 de febrero del mismo año.

8.—Decreto de implantación a partir del 1o. de marzo de 1945, del régimen del Seguro Social en el Municipio de Puebla, Pue., expedido el 6 de febrero de 1945 y publicado en el Diario Oficial del 21 de febrero del mismo año.

9.—Decreto de implantación a partir del 1o. de agosto de 1945, del régimen del Seguro Social en el Municipio de Monterrey, N. L., expedido el 11 de julio de 1945.

10.—Decreto de implantación a partir del 1o. de abril de 1946, del régimen del Seguro Social en los Municipios de Guadalajara, Zapopan, Tlaquepaque y El Salto, del Estado de Jalisco, expedido el 15 de febrero de 1946 y publicado en el Diario Oficial el 25 de marzo del mismo año.

11.—Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, en la parte atinente al Seguro Social, promulgada el 7 de diciembre de 1946, derogando la del 30 de diciembre de 1939.

12.—Decreto de implantación a partir del 17 de marzo de 1947, del régimen del Seguro Social en los Municipios de Orizaba, Camerino Z. Mendoza, Nogales y Río Blanco del Estado de Veracruz, expedido el 8 de enero de 1947 y publicado en el Diario Oficial del 16 de enero de 1947.

13.—Decreto de ampliación del régimen del Seguro Social a partir del 1o. de abril de 1947, a los Municipios de Cuautlancingo y San Pedro Cholula del Estado de Puebla y de implantación en el ex-distrito de Xicoténcatl del Estado de Tlaxcala, dependiendo de la Caja Regional de Puebla; de fecha 3 de marzo de 1947.

14.—Decreto de ampliación del régimen del Seguro Social en el Estado de Nuevo León, a partir del 1o. de mayo de 1947, a los Municipios de San Nicolás de los Garza, Guadalupe, Santiago, Garza García y Santa Catarina, expedido el 2 de abril de 1947.

15.—Reglamento para la imposición de multas por infracción a las disposiciones de la Ley del Seguro Social y sus reglamentos, expedido el 4 de octubre de 1947.

16.—Decreto que reforma los Artículos 19, 37, 52, 63, 74, 96, 128, 129, 130, 131 y 132 de la Ley del Seguro Social en vigor, expedido el 30 de diciembre de 1947.

17.—Decreto de ampliación del régimen del Seguro Social, a partir del 1o. de mayo de 1948, a los Municipios de Cucutitlán, Villa Nicolás Romero, San Bartolo Naucalpan y Tlalnepantla del Estado de México, dependiendo de las Oficinas Centrales del Instituto Mexicano del Seguro Social, expedido el 8 de marzo de 1948.

18.—Reglamento de la Ley del Seguro Social en lo relativo a la afiliación de patrones y trabajadores, expedido el 18 de agosto de 1950 y publicado en el Diario Oficial del 2 de septiembre del mismo año.

19.—Reglamento para el pago de cuotas y contribuciones del Seguro Social, expedido el 18 de agosto de 1950 y publicado en el Diario Oficial del 2 de septiembre del mismo año.

20.—Reglamento de la Nueva Inscripción General de Patrones y Trabajadores y de la expedición de certificados de derechos de los asegurados, expedido el 18 de agosto de 1950 y publicado en el Diario Oficial del 2 de septiembre del mismo año.

21.—Reglamento sobre el Artículo 133 de la Ley del Seguro Social, expedido el 20 de octubre de 1950 y publicado en el Diario Oficial del 17 de noviembre del mismo año.

22.—Decretos de implantación del régimen del Seguro Social en la Ciudad y Puerto de Acapulco, Gro.: en las poblaciones de Oaxaca, Etla, Huajuapán de León y Tehuantepec, Estado de Oaxaca; en la Ciudad de Mérida, Puerto de Progreso y las poblaciones de Chuburná y Umán del Estado de Yucatán; en las poblaciones de Mexicali, Tijuana, Ensenada y Tecate del Territorio Norte de la Baja California y en la Ciudad de Nuevo Laredo del Estado de Tamaulipas; expedidos el 18 de julio de 1951 y publicados en el Diario Oficial del 1o. de agosto del mismo año.

## CAMPO DE APLICACION

De acuerdo con el Art. 3o. de la Ley del Seguro Social Mexicano, es obligatorio asegurar:

I.—A las personas que se encuentran vinculadas a otra por un contrato de trabajo, cualquiera que sea la personalidad jurídica o la naturaleza económica del patrón.

II.—A los que presten sus servicios en virtud de un contrato de aprendizaje, y

III.—A los miembros de sociedades cooperativas de producción, de administraciones obreras o mixtas, ya sea que estos organismos funcionen como tales conforme a derecho o sólo de hecho.

De conformidad con lo dispuesto en la Ley, se exceptúan del Seguro Obligatorio, el cónyuge, los padres y los hijos menores de 16 años del patrón, aún en el caso de que figuren como asalariados de éste. Por otro lado, el Art. 6o. de la Ley complementa lo establecido en el Art. 3o. al expresar que el Poder Ejecutivo Federal, previo estudio y dictamen del Instituto, determinará las modalidades y la fecha en que se organice el Seguro Social de las siguientes categorías de trabajadores:

- a) *Al servicio del Estado;*
- b) *De empresas de tipo familiar;*
- c) *A domicilio;*
- d) *Domésticos;*
- e) *Del campo;*
- f) *Temporales y eventuales.*

Además de las personas señaladas anteriormente como amparadas por el régimen del Seguro Social Mexicano, lo están también la esposa o compañera del asegurado, los hijos menores de 16 años, siempre que no tengan derechos propios a prestaciones provenientes del Seguro Social; los pensionados y los familiares de éstos, bajo las mismas condiciones, quienes tienen derecho a gozar de los beneficios que se señalan en las ramas de enfermedades no profesionales y maternidad.

Por último, cabe señalar que con el objeto de no dejar fuera de la protección del Seguro Social a un sector de trabajadores y de integrar el sistema con el mayor número de ocupaciones posibles, se

ha creado el Seguro Facultativo para todas aquellas personas no comprendidas en el Seguro Obligatorio Inicial. Esta disposición, a la que se refiere el Art. 99 de la Ley, establece que el Instituto podrá contratar individual o colectivamente seguros facultativos que comprendan uno o más de los seguros señalados en el Art. 2o., con los trabajadores a que se refiere el Art. 6o., ya mencionado, los profesionistas libres, los trabajadores independientes, los artesanos y con todos aquellos que les fueren similares.

### *Contingencias Cubiertas*

Las contingencias previstas por la Ley Mexicana en su Art. 2º son las siguientes:

- I.—Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.*
- II.—Enfermedades no Profesionales y Maternidad.*
- III.—Invalidez, vejez y muerte, y*
- IV.—Cesantía involuntaria en edad avanzada.*

## **FINANCIAMIENTO**

Los principios generales que regulan el financiamiento del Instituto Mexicano del Seguro Social para cubrir las prestaciones señaladas en la Ley, responden a la idea del reparto de responsabilidades entre patrones, trabajadores y el Estado. Es así como los recursos de los seguros de enfermedades no profesionales y maternidad, y de los de invalidez, vejez y muerte, provienen de la aportación tripartita de los patrones, de los trabajadores y del Estado; en cambio en el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, riesgos que la Ley Federal del Trabajo asigna al patrón su financiamiento está a cargo exclusivamente de la empresa, sin contribución alguna del obrero.

A los efectos de las contribuciones para cubrir las prestaciones de los seguros de enfermedades no profesionales y de maternidad así como los seguros de invalidez, vejez y muerte, la Ley dispone que la aportación tripartita de los patrones, trabajadores y del Estado, se haga conforme a las siguientes tablas de salarios en que se clasifican los asegurados de acuerdo con el salario diario que perciban:



SEGUROS DE ENFERMEDADES NO PROFESIONALES  
Y MATERNIDAD

GRUPO	SALARIO DIARIO			CUOTAS SEMANALES DEL:		
	Más de	Hasta	Promedio	Patrón	Trabajador	Estado
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
A		2.00	1.60	0.46	0.23	0.23
B	2.00	3.00	2.50	0.70	0.35	0.35
C	3.00	4.00	3.50	0.98	0.49	0.49
D	4.00	6.00	5.00	1.40	0.70	0.70
E	6.00	8.00	7.00	1.96	0.98	0.98
F	8.00	10.00	9.00	2.52	1.26	1.26
G	10.00	12.00	11.00	3.08	1.54	1.54
H	12.00	15.00	13.50	3.78	1.89	1.89
I	15.00	18.00	16.50	4.62	2.31	2.31
J	18.00	22.00	20.00	5.00	2.80	2.80
K	22.00		26.00	7.40	3.70	3.70

SEGUROS DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE

GRUPO	SALARIO DIARIO			CUOTAS SEMANALES DEL:		
	Más de	Hasta	Promedio	Patrón	Trabajador	Estado
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
A		2.00	1.60	0.34	0.17	0.17
B	2.00	3.00	2.50	0.52	0.26	0.26
C	3.00	4.00	3.50	0.74	0.37	0.37
D	4.00	6.00	5.00	1.06	0.53	0.53
E	6.00	8.00	7.00	1.48	0.74	0.74
F	8.00	10.00	9.00	1.90	0.95	0.95
G	10.00	12.00	11.00	2.32	1.16	1.16
H	12.00	15.00	13.50	2.84	1.42	1.42
I	15.00	18.00	16.50	3.46	1.73	1.73
J	18.00	22.00	20.00	4.20	2.10	2.10
K	22.00		26.00	5.54	2.77	2.77

La financiación del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, a cargo exclusivo de los empleadores, varía según el grado de riesgo de las empresas conforme al "Reglamento de Clasificación de Empresas, Grado de Riesgo y Cuotas del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales". A los fines de las cotizaciones respectivas, este Reglamento establece 5 clases de grado de riesgos, fijando para cada una de ellas, una prima que se establece en forma de tanto por ciento sobre el salario de bases. De esta manera las actividades de las empresas quedan agrupadas en 5 clases cuya clasificación se realiza tomando como base un porcentaje sobre el monto de las cuotas obrero-patronales que se cubren para los seguros de invalidez, vejez y muerte, en la siguiente forma:

CLASE	GRADO DE RIESGO	%
I.—	Riesgo Ordinario de la Vida	5
II.—	Riesgo Bajo	15
III.—	Riesgo Medio	40
IV.—	Riesgo Alto	75
V.—	Riesgo Máximo	125

Del porcentaje que respecto a los salarios representan las aportaciones obrero-patronales y estatales para el financiamiento del sistema del Seguro Social Mexicano, da una idea el cuadro que sigue:

SEGUROS DE:

	SUMA %	Enferme- dad y Ma- ternidad %	Invalidez Vejez y Muerte %	Riesgos Profesionales %
Suma .....	15.85	8.00	6.00	1.85
Patrón .....	8.85	4.00	3.00	1.85
Trabajador .....	3.50	2.00	1.50	
Estado .....	3.50	2.00	1.50	

## SEGURO DE RIESGOS PROFESIONALES

El Art. 37 de la Ley modificado por decreto del 28 de febrero de 1949, fija taxativamente las prestaciones que el Instituto otorga en las contingencias de accidentes laborales y enfermedades profesionales; el citado precepto legal expresa al respecto lo siguiente:

En caso de accidente del trabajo o enfermedad de origen profesional, el asegurado tendrá derecho a las siguientes prestaciones:

I.—Asistencia médico-quirúrgica y farmacéutica, hospitalización y los aparatos de prótesis y ortopedia que sean necesarios.

II.—Si el accidente o la enfermedad incapacitan al asegurado para trabajar, éste recibirá, mientras dure la inhabilitación, un subsidio en dinero consistente en el 75% de su salario de cotización, desde el primer día y hasta un máximo de 52 semanas, conforme a la siguiente tabla:

GRUPO	SALARIO DIARIO			Subsidio
	Más de \$	Promedio de \$	Hasta \$	Diario \$
A		1.60	2.00	1.20
B	2.00	2.50	3.00	1.88
C	3.00	3.50	4.00	2.63
D	4.00	5.00	6.00	3.75
E	6.00	7.00	8.00	5.25
F	8.00	9.00	10.00	6.75
G	10.00	11.00	12.00	8.25
H	12.00	13.50	15.00	10.13
I	15.00	16.50	18.00	12.38
J	18.00	20.00	22.00	15.00
K	22.00	26.00		19.80

III.—Si por el accidente o la enfermedad profesional, se le declara al asegurado una incapacidad total permanente, en tanto ésta subsista, tendrá derecho a una pensión mensual de acuerdo con la siguiente tabla:

---

**SALARIO DIARIO**

<b>GRUPO</b>	<b>Mas de</b>	<b>Promedio</b>	<b>Hasta</b>	<b>Pensión</b>
A	\$	\$ 1.60	\$ 2.00	\$ 32.00
B	2.00	2.50	3.00	50.00
C	3.00	3.50	4.00	70.00
D	4.00	5.00	6.00	100.00
E	6.00	7.00	8.00	140.00
F	8.00	9.00	10.00	180.00
G	10.00	11.00	12.00	220.00
H	12.00	13.50	15.00	270.00
I	15.00	16.50	18.00	330.00
J	18.00	20.00	22.00	440.00
K	22.00	26.00		528.00

---

IV.—Si la incapacidad declarada es parcial permanente, se otorgará al asegurado una pensión calculada conforme a la tabla de valuación de Incapacidad, contenida en la Ley Federal del Trabajo, tomando como base el monto de la pensión que correspondería a la incapacidad total permanente; no pudiendo ser inferior a \$50.00 mensuales, en cuyo caso, se otorgará una indemnización global equivalente a cinco anualidades de la pensión que le hubiere correspondido. El asegurado incapacitado ya sea parcial o total, estará obligado a someterse a los reconocimientos o exámenes médicos que determine el Instituto y a los tratamientos que éste le prescriba.

V.—Cuando el accidente o la enfermedad, traiga como consecuencia la muerte del asegurado, se otorgarán las siguientes prestaciones:

a) El equivalente de un mes de salario, según el grupo de cotización, para ayuda de gastos de funerales, la cual no puede ser inferior a \$250.00.

b) Pensión a la viuda o viudo inválido dependiente económicamente de la persona asegurada fallecida, equivalente al 36% de la que le hubiere correspondido al asegurado, en caso de incapacidad total permanente.

c) Pensión a cada uno de los huérfanos que lo sean de padre o madre, menores de 16 años, o mayores de esta edad totalmente incapacitados, equivalente al 20% de la pensión de incapacidad total permanente.

d) A cada uno de los huérfanos de padre y madre, menores de 16 años, o mayores incapacitados, pensión equivalente al 30% de la pensión de incapacidad total permanente.

Independientemente de estas prestaciones el Art. 40 de la Ley se refiere a los ascendientes que dependían económicamente del asegurado fallecido, estableciendo que a falta de viuda y huérfanos se pensionará a éstos con una cantidad igual al 33.3% del equivalente de la pensión de incapacidad total permanente, monto éste que se repartirá por partes iguales entre aquellos.

### SEGURO DE ENFERMEDADES NO PROFESIONALES Y MATERNIDAD

La Ley del Seguro Social establece que en caso de enfermedad no profesional el asegurado tiene derecho a las siguientes prestaciones:

a) Asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que sean necesarias, desde el comienzo de la enfermedad y durante un plazo máximo de 39 semanas para una misma enfermedad.

b) Un subsidio en dinero que se otorgará cuando la enfermedad produzca incapacidad para el trabajo y que será pagado a partir del cuarto día de inhabilitación y hasta un máximo de 39 semanas, equivalente al 40% de su salario de cotización. Este subsidio será mejorado en un 10% si la incapacidad dura más de 13 semanas y en un 20% si se prolonga más de 26 semanas. El subsidio en dinero se otorga de acuerdo a la tabla que sigue:

<b>SALARIO DIARIO</b>				
<b>GRUPO</b>	<b>Más de</b>	<b>Promedio</b>	<b>Hasta</b>	<b>Subsidio por Enfermedad</b>
A	\$	\$ 1.60	\$ 2.00	\$ 0.64
B	2.00	2.50	3.00	1.00
C	3.00	3.50	4.00	1.40
D	4.00	5.00	6.00	2.00
E	6.00	7.00	8.00	2.80
F	8.00	9.00	10.00	3.60
G	10.00	11.00	12.00	4.40
H	12.00	13.50	15.00	5.40
I	15.00	16.50	18.00	6.60
J	18.00	20.00	22.00	8.00
K	22.00	26.00		10.56

c) También tendrán derecho a la asistencia médico quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria necesaria, la esposa del asegurado o la mujer con la que ha vivido como si fuera su marido durante los últimos cinco años o con la que tiene hijos y, los hijos menores de 16 años del asegurado.

Cabe señalar que los pensionados y sus beneficiarios tienen derecho también, en caso de enfermedad, al beneficio que se establece en el inciso a).

d) La mujer asegurada, tendrá derecho durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio, a las siguientes prestaciones:

I.—Asistencia obstétrica necesaria.

II.—Un subsidio en dinero equivalente al de enfermedades no profesionales durante 42 días anteriores al parto y 42 posteriores mejorado en un 150% durante 8 días anteriores al parto y 30 posteriores.

III.—Ayuda de lactancia proporcionada en especie o en dinero, hasta por 6 meses posteriores al parto, que se entregará a la madre o a la persona encargada de cuidar al niño.

IV.—Al nacer el hijo, el Instituto entregará a la madre una canastilla.

e) La esposa del asegurado o la mujer con la que ha vivido durante cinco años anteriores al parto o con la que tiene hijos, también tiene derecho a la asistencia obstétrica necesaria.

f) En caso de muerte del asegurado, se pagará la cantidad de \$250.00 para gastos de entierro.

## **SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ, CESANTIA Y MUERTE**

*Invalidez.*—Establece el Art. 67 de la Ley, reformado por el decreto de 28 de febrero de 1949; que tendrá derecho a la pensión de invalidez el asegurado que haya justificado el pago al Instituto de un mínimo de 150 cotizaciones semanales en el Régimen del Seguro Obligatorio y sea declarado inválido.

La Ley considera inválido al asegurado que por enfermedad o accidente no profesional se halle incapacitado para procurarse mediante un trabajo proporcionado a sus fuerzas, a sus capacidades,

a su formación profesional y a su ocupación anterior, una remuneración habitual a la que perciba, en la misma región, un trabajador sano del mismo sexo, semejante capacidad, igual categoría y formación profesional análoga. Tiene derecho a recibir una pensión de invalidez conforme a la siguiente tabla:

GRUPO	SALARIO DIARIO			Aumento	
	Más de	Promedio	Hasta	Cuantía por semana Básica de Cotización	
A	\$	\$ 1.60	\$ 2.00	\$ 151.42	\$ 0.112
B	2.00	2.50	3.00	236.60	0.175
C	3.00	3.50	4.00	331.24	0.245
D	4.00	5.00	6.00	473.20	0.350
E	6.00	7.00	8.00	662.48	0.490
F	8.00	9.00	10.00	851.76	0.630
G	10.00	11.00	12.00	1,041.04	0.770
H	12.00	13.50	15.00	1,277.64	0.945
I	15.00	16.50	18.00	1,561.56	1.155
J	18.00	20.00	22.00	1,892.80	1.400
K	22.00	26.00		2,498.50	1.848

*Vejez.*—La pensión de vejez se otorga al asegurado en los siguientes casos:

a) A los 65 años de edad y un mínimo de 500 cotizaciones semanales, sin necesidad de probar invalidez para el trabajo.

b) Pensión reducida a los 60 años de edad y un mínimo de 500 cotizaciones semanales, cuando quede privado de trabajos remunerados, o bien se encuentre incapacitado para percibir el 50% de la remuneración habitual de un trabajador sano de igual categoría, sexo, capacidad o formación profesional análoga, de la misma región.

El monto de la pensión de vejez, será igual a la que corresponde en el caso de invalidez.

Establece asimismo la Ley que en ningún caso una pensión de invalidez o vejez puede ser inferior a \$50.00 mensuales.

*Muerte.*—En caso de fallecimiento de un asegurado, que hubiere justificado el pago al Instituto de un mínimo de 150 cotizaciones semanales, o de un pensionado, se otorgará una pensión de vi-

dedad equivalente al 40% de la pensión de invalidez, de vejez o de cesantía que tenía o le hubiere correspondido al asegurado, a la viuda o viudo incapacitado dependiente económicamente.

También tendrá derecho a recibir la pensión de orfandad cada uno de los hijos menores de 16 años, cuando muera el padre o la madre asegurados. Esta pensión será igual al 20% de la pensión de invalidez, vejez o cesantía que el asegurado estuviere gozando al fallecer, o de la que le hubiere correspondido suponiendo realizado el estado de invalidez.

En caso de orfandad de padre y de madre la pensión que corresponde es igual al 30% de la que disfrutaba o le hubiere correspondido al asegurado fallecido.

El total de las pensiones atribuidas a la viuda y a los huérfanos de un asegurado, no podrá exceder del 100% de la pensión de invalidez o vejez que disfrutaba o le hubiere correspondido al asegurado.

La viuda o la concubina pensionada que contraiga matrimonio, recibirá una suma global equivalente a 3 anualidades de la pensión otorgada.

Por último, cabe agregar que a partir de la reforma de febrero de 1949, al asegurado que haya justificado el pago al Instituto de un mínimo de 150 semanas en el Régimen del Seguro Obligatorio y que contraiga matrimonio, tendrá derecho a recibir una dote igual al 30% de la anualidad de la pensión de invalidez a que tuviere derecho en la fecha del matrimonio, por una sola vez.

## **REFORMAS A LA LEY. REGLAMENTOS**

### *Antecedentes*

Varias son las circunstancias que determinaron las importantes reformas sufridas por la Ley del Seguro Social Mexicano desde la fecha de su creación hasta la actualidad. En primer término debe recordarse que al proyectarse las bases técnicas del sistema vigente para el seguro de enfermedades generales y maternidad, los estudios finales se elaboraron no sólo teniendo en cuenta la posible intervención de factores desfavorables, sino, y en forma muy especial, las condiciones de la vida económica y social de los trabajadores mexicanos. En el cálculo establecido a los efectos de la fijación de



la cuota respectiva se incluía un excedente destinado a preparar la implantación posterior de los servicios médicos a los familiares de los trabajadores, en el entendimiento de que la introducción de las prestaciones en especie para dichos familiares se aplazaría un tiempo prudencial con respecto a la fecha en que empezaron a prestarse los servicios médicos, farmacéuticos y hospitalarios a los trabajadores.

Sin embargo, motivos determinados por el deseo de ampliar el círculo de protección a la clase trabajadora del país mejorando las condiciones de salubridad y elevando el nivel de vida de sus componentes hicieron que el legislador incluyera, en la Ley original del Seguro Social, las disposiciones tendientes al otorgamiento de las prestaciones en especie a los familiares de los asegurados. Naturalmente, al no ser acompañada la implantación de dichas prestaciones con la estimación del costo respectivo se produjo un desequilibrio financiero importante, agravado este último por otras causas. En efecto, las variaciones en las condiciones económicas del país desde la promulgación de la Ley, el aumento de los salarios, y el alza de los precios fueron otras tantas razones determinantes de las reformas a la Ley. Particularmente en el período de post-guerra, el alza de los costos, especialmente el de los servicios, equipos, productos farmacéuticos, etc., incidieron fuertemente en el ramo de enfermedades generales y maternidad.

Por último, debe advertirse que la experiencia recogida por el Instituto Mexicano del Seguro Social en los primeros años de actividad, hizo indispensable revisar las bases administrativas y técnicas de la Ley que le dió origen, teniendo especialmente en cuenta las experiencias obtenidas a través de su aplicación que revelaban, sin duda alguna, la existencia de modalidades no previstas por el legislador.

Como consecuencia de todo ello, en el año de 1947 se llevó a cabo la primera de las reformas a la Ley, modificándose los grupos de salarios que sirven de base para el pago de las cuotas y para el otorgamiento de prestaciones en dinero. La finalidad de esta modificación fué la de aliviar en parte el desequilibrio financiero del seguro de enfermedades generales y maternidad a que se ha aludido y a ajustar dichos grupos de salarios a la situación económica que prevalecía en el país.

Posteriormente y teniendo en consideración las opiniones expresadas por los diferentes sectores sociales interesados se proyectó

una nueva reforma a la Ley. Este proyecto fué aprobado sin modificación alguna y publicado en el Diario Oficial del 28 de febrero de 1949. Sus objetivos, eran en líneas generales los siguientes:

a) Ajustar algunos aspectos de la Ley a las necesidades determinadas por los cambios presentados en la vida económica y social de la Nación, implantando prestaciones contenidas en otros sistemas de Seguridad Social y tomando en consideración las recomendaciones sugeridas por los Organismos Internacionales especializados;

b) Establecer un equilibrio financiero, especialmente en el seguro de enfermedades generales y maternidad, cubriendo las prestaciones médicas a los familiares, cuyo costo no había sido incluido en el cálculo efectuado para establecer la prima original;

c) Imponer con urgencia una reorganización del sistema de inscripción, de procedimiento de cobros y del servicio médico y;

d) Simplificar la administración e introducir un control eficaz de los ingresos y de los egresos, a la vez que establecer un registro constante actualizado, de los derechos adquiridos por los asegurados.

A tales fines se incluyeron en la Ley nuevas disposiciones entre las que se destacan por su trascendencia las que se refieren a la nueva inscripción general de patrones y trabajadores, a la expedición de certificados de derechos a los asegurados, y a la reforma técnico-administrativa especialmente referida a la rama del seguro de enfermedades generales y maternidad.

Como complemento de las reformas mencionadas se hizo necesario estudiar y proponer al Ejecutivo de la Unión las normas reglamentarias correspondientes, las que una vez aprobadas por el Ejecutivo Federal fueran puestas inmediatamente en vigor. Dichas normas reglamentarias están constituidas por el Reglamento de la Nueva Inscripción de la Afiliación de Patrones y Trabajadores y de Pago de Cuotas y Contribuciones al Régimen de Seguridad Social; el de Clasificación de Riesgos del Trabajo y el Reglamento del Artículo 133 de la Ley que vino a simplificar los términos de los recursos administrativos que se interponían en contra de las decisiones del Instituto y que creó la Oficina de Inconformidades dependiente del H. Consejo Técnico.

Antes de consignar en detalle las reformas a que aludimos, debe hacerse notar el hecho de que la aplicación de esas nuevas modalidades de la Ley del Seguro Social Mexicano ha alcanzado en la

práctica resultados satisfactorios ya que se han obtenido o están en vía de obtenerse los resultados que se pretendieron al promover las reformas de la Ley y que básicamente eran los ya anotados de mejorar algunas prestaciones, lograr el equilibrio financiero, especialmente en la rama de enfermedades generales y maternidad y, sentar las bases legales necesarias para efectuar una reorganización general administrativa y técnica del Instituto, cuyas consecuencias han sido las de facilitar los procedimientos de cobro y mejorar los servicios prestados, todo ello en beneficio de los causahabientes.

La confirmación de esos resultados positivos obtenidos con la aplicación de las reformas de la Ley se destacará en forma más clara en los diversos capítulos que tratan sobre el acordamiento de prestaciones y servicios del Instituto; pero aparte de eso es de considerarse la general aprobación con que tanto patrones como trabajadores y la misma opinión pública han visto la obra realizada por el Instituto en los últimos años.

#### REFORMAS DEL 30 DE DICIEMBRE DE 1947

La reforma votada por el Congreso de la Unión y publicada en el Boletín Oficial del 31 de diciembre de 1947 modificó los Arts. 19, 37, 52, 63, 74, 96, 128, 129, 130, 131 y 132 de la Ley primitiva.

El Art. 19 expresaba que "de acuerdo con la retribución que perciben en dinero los asegurados se consideran formando uno de los siguientes grupos:

---

<b>SALARIO DIARIO</b>		
<b>GRUPO</b>	<b>Más de</b>	<b>Hasta</b>
I	\$	\$ 1.00
II	1.00	2.00
III	2.00	3.00
IV	3.00	4.00
V	4.00	6.00
VI	6.00	8.00
VII	8.00	10.00
VIII	10.00	12.00
IX	12.00	

---

Como consecuencia de lo expresado anteriormente, este Artículo se reformó aumentando el número de grupos los que se clasificaron en 11 —A a K— desde menos de \$2.00 hasta más de \$22.00, como lo muestra la siguiente tabla:

SALARIO DIARIO			
GRUPO	Más de	Promedio	Hasta
A	\$	\$ 1.60	\$ 2.00
B	2.00	2.50	3.00
C	3.00	3.50	4.00
D	4.00	5.00	6.00
E	6.00	7.00	8.00
F	8.00	9.00	10.00
G	10.00	11.00	12.00
H	12.00	13.50	15.00
I	15.00	16.50	18.00
J	18.00	20.00	22.00
K	22.00	26.00	

Complementando esta reforma se modificaron: El Art. 37 de la Ley original que se refiere a las prestaciones en casos de accidentes de trabajo o enfermedad profesional, aumentando en proporción los subsidios y pensiones por riesgo profesional; asimismo, se elevó la cuota patronal de esta rama del seguro en virtud del mecanismo establecido en el Art. 7o. en relación con los preceptos 1 y 9 del reglamento de clasificación de empresas, grados de riesgo y cuotas del seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. El Art. 52 que fija la tabla de subsidios en dinero del seguro de enfermedades no profesionales y maternidad fué modificado a fin de aumentar este subsidio, así como la cuota, pago del servicio, que por esta misma rama deben cubrir los patrones y los trabajadores; también se decretó la elevación de pensiones por invalidez y vejez al modificarse el Art. 74 y en consecuencia la cuantía de la percepción de las cuotas que deben cubrir los patrones y trabajadores en los seguros de invalidez, vejez, cesantía y muerte.

Finalmente, los Arts. 128 y 132 que se refieren a la inversión de las reservas de la institución también fueron modificados.

## REFORMAS DEL 28 DE FEBRERO DE 1949

La segunda de las reformas a la Ley del Seguro Social Mexicano y que complementa la de fecha 31 de diciembre de 1947 a que se refiere el capítulo anterior, fué aprobada y publicada en el Diario Oficial del 28 de febrero de 1949.

El primero de los Arts. reformados lo fué el 3o. cuyo nuevo texto terminó definitivamente con las erróneas interpretaciones que la experiencia venía registrando al eliminar la palabra "Empresa" y sustituirla por la aplicación del criterio más objetivo del "vínculo contractual".

Asimismo, la nueva redacción dada a la fracción 2a. de dicho Art. de la Ley original, aclaró definitivamente el problema originado con motivo de la inclusión de las Sociedades Cooperativas en el Régimen del Seguro Social Obligatorio. La reforma aprobada creó un régimen de contribución bipartita para las ramas de invalidez, vejez, cesantía y muerte y de enfermedades generales y maternidad, disponiendo asimismo, que por intermedio de la Secretaría de Economía se determinaría anualmente cuáles son aquellas cooperativas que quedan sujetas a dicho régimen de contribución bipartita.

Los Arts. 7, 11, 23, 25, 27, 28, 29 y 30 sufrieron modificaciones tendientes a enmendar deficiencias observadas en el texto de la Ley primitiva. Se establecieron normas en materia de cancelación del registro de asegurados; se estipuló el pago del 50% del valor constitutivo de la pensión al pensionista que traslade su residencia al extranjero; se estableció asimismo que el asegurado que preste sus servicios a varios patrones disfrutará de pensiones con arreglo a las sumas de salarios recibidos en los distintos empleos, sin exceder el límite legal; se prescribió la obligación patronal de llevar listas de raya conforme a las normas establecidas en el Reglamento, para facilitar la estimación y recaudación de cuotas se facultó al Instituto para calificar estimativamente las cuotas que deben pagar los patrones que no lleven en regla sus documentos; se señaló el punto de partida de la obligación de pagar los aportes, disponiéndose terminantemente que ninguna cuota puede ser exigida mientras no hayan quedado establecidos los servicios del régimen y, por último, se determinó, que el patrón es el depositario de las cuotas obreras que reúne mediante descuentos en los salarios.

Se reformó y completó la disposición del Art. 14 de la Ley originaria expresando que el derecho para cubrir los subsidios, gastos

de funeral, dotes de la viuda y del asegurado que contraiga matrimonio y las pensiones ya otorgadas, prescribirá al año.

El Art. 17 fué reformado con el fin de establecer el carácter potestativo de los seguros adicionales, eliminando la absorción, por parte del patrón, de la cuota que debe aportar el Estado. Con ello se dió fin a múltiples inconformidades y recursos planteados hasta el año de 1948. En el mismo Art. se fijó el procedimiento para efectuar la valuación actuarial de las prestaciones contenidas en los contratos colectivos de trabajo.

Con la nueva redacción del Art. 33 se amplía a 5 años el plazo para que se consume la prescripción de la obligación de enterar las cuotas vencidas. Correlativamente se amplía a 5 años también el plazo para reclamar la devolución de las cuotas enteradas sin justificación legal.

El Art. 34 reformado facultó al Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social para que resuelva si se otorgan o no las pensiones a que tengan derecho los asegurados y beneficiarios en los casos en que se encontrase en mora el patrón y se declare a éste responsable de los daños y perjuicios por su falta de cumplimiento. Por otra disposición del mismo Artículo se previene, no obstante ello, que las pensiones serán cubiertas cuando el patrón negligente otorgue garantía satisfactoria para asegurar el pago de las cuotas adeudadas.

Las reformas de febrero de 1949 relativas a cada uno de los seguros obligatorios han sido en líneas generales las siguientes:

a) *Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.*

Al modificarse el Art. 37 de la Ley ordinaria se establece que ninguna pensión mensual, por riesgo laboral acontecido, sea inferior a \$50.00 estableciendo que de no alcanzarse ese límite, aquella se transformará en una indemnización global. Además, se fijó como mínimo para gastos funerarios la cantidad de \$250.00. También se amplía hasta los 25 años de edad la pensión que establece el inciso (c) del mismo Artículo, siempre que el huérfano no pueda mantenerse por sí propio en razón de enfermedad duradera, defecto físico o psíquico o bien que se encuentre estudiando en establecimientos públicos o autorizados por el Estado. Por último, y en relación con el Artículo comentado se ha previsto que el patrón comunique al Instituto el acaecimiento de los accidentes o enfermedades profesio-

nales, ya sea en forma directa o por conducto de la Secretaría del Trabajo.

La modificación del Art. 39 se estableció para determinar con claridad que el total de las pensiones atribuidas a los miembros de una familia no disminuirá al extinguirse el derecho de alguno de los pensionados.

Modificado el Art. 48 se hace extensivo el sistema de capitales constitutivos al caso en que los patrones aseguren a sus trabajadores en forma tal que se disminuyan las prestaciones a que éstos o sus beneficiarios tuvieren derecho.

Finalmente el Art. 49 se reforma prescribiendo que los ingresos y egresos del Seguro de Riesgos Profesionales se presentarán en contabilidad por separado, respecto de los que corresponden a las 2 ramas del Seguro.

#### *b) Seguro de Enfermedades Generales y Maternidad.*

Varios son los artículos correspondientes al Capítulo IV de la Ley que trata del Seguro de Enfermedades no Profesionales y Maternidad reformados por el Decreto del Ejecutivo, publicado el 28 de febrero de 1949.

Se define lo que debe entenderse por comienzo de la enfermedad para los efectos del disfrute del subsidio y del goce de las prestaciones médicas. El subsidio en dinero se paga de acuerdo con la Reforma, a partir del 4o. día de la inhabilitación, en lugar de hacer efectivo el pago desde el 7o. día como lo establecía la Ley original. El disfrute del subsidio, en cuanto al tiempo, se eleva de 26 a 39 semanas para cada padecimiento, prescribiendo asimismo que ese subsidio experimentará aumentos en proporción a la duración de la enfermedad.

Como ha quedado expresado en la introducción a este capítulo, se han hecho extensivos los servicios del ramo de Enfermedades Generales a los pensionados y sus beneficiarios. En lo referente al subsidio de maternidad, se ha previsto en el Artículo 56, fracción II, una mejora de 150% sobre el subsidio al caso de enfermedades no profesionales, mejora efectiva, los ocho días anteriores y los treinta posteriores al parto.

Se crea, asimismo, en carácter de prestación adicional, el otorgamiento a la madre trabajadora, de una canastilla con el costo que

señale periódicamente el Consejo Técnico del Instituto (Artículo 56, fracción IV). Además, se fijan reglas en materia de hospitalización del trabajador y, se eleva la prestación para gastos de entierro, a la suma de \$250.00 ya que la que asignaba la Ley original resultaba insuficiente para cumplir las nobles finalidades a que estaba destinada (Artículo 61).

Por otra parte, se establecen en la reforma al Artículo 63, las reglas para calcular las cuotas a cargo de los pensionados por el disfrute de los servicios de enfermedades generales y se amplía a 8 semanas el plazo de 6 que fijaba el Artículo 66 de la Ley, y se reforma en el caso de que el asegurado quedare privado de trabajos remunerados, extendiéndose el beneficio a los familiares protegidos por la Ley del Seguro Social.

Mediante la disposición incluida en el nuevo Artículo 65 de la Ley, se faculta al Instituto, previa aprobación del Consejo Técnico, para celebrar contratos con quienes tuvieren establecidos servicios médicos y hospitalarios para la prestación de los servicios en los ramos de riesgos profesionales y enfermedades generales y maternidad. Por último, se faculta también al Instituto a celebrar contratos con determinadas ramas industriales, aún cuando algunas empresas ejerzan sus actividades fuera de las circunscripciones territoriales en que se encuentre impartido el Seguro Obligatorio.

#### *c) Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte.*

Al proponerse la reforma de los preceptos de la Ley original que rigen el funcionamiento de esta rama del Seguro, se tuvo en cuenta la necesidad de acortar los plazos de espera, de acuerdo con los estudios financieros y actuariales elaborados por el Instituto. En la pensión de invalidez se reducen a 150 cotizaciones semanales las 200 que fijaba la Ley original; en el de Vejez, a 500 cotizaciones semanales las 700 exigidas anteriormente y en el de muerte, a 150 semanas las 200 prescritas anteriormente.

Se elaboraron también los aumentos adquiridos por semanas de cotización modificándose la tabla del Artículo 174 y en concordancia con la medida adoptada respecto al Seguro de Riesgos Profesionales, se estableció que ninguna pensión de invalidez o vejez puede ser inferior a \$50.00 mensuales. Razones técnicas determinaron se cargara al Seguro que nos ocupa, los gastos correspondientes a los servicios preventivos o curativos proporcionados a los asegurados y pensionados, para impedir la realización de estados de invalidez.



Se creó una nueva prestación consistente en una dote para el asegurado que hubiere cubierto 150 semanas de cotización, en el caso de que contraiga matrimonio y finalmente, se estipula que la cuota correspondiente a este seguro puede ser pagada mediante el sistema de grupos que se observa en la actualidad o mediante sistema de porcentaje por salario. Esta misma medida se hace extensiva a las cuotas correspondientes al Seguro de Enfermedades Generales y Maternidad.

Las demás modificaciones establecidas por el Decreto de 20 de febrero de 1949, se refieren a aquellos artículos que versan sobre la administración del Instituto.

Mediante estas reformas se autoriza que los miembros de la Asamblea General y del Consejo Técnico pueden ser reelegidos así como también se establece que la designación de Consejeros sólo puede recaer en las personas propuestas a la Asamblea General por los grupos representados de patrones y trabajadores y por el Estado. Se dispone asimismo que el Balance Actuarial y Contable se elabore cada tres años, ya que se había venido observando que en el período fijado por la Ley original no era posible realizar correctamente esa elaboración ni aprovechar desde el punto de vista actuarial y contable, las experiencias obtenidas.

Se confiere al Consejo Técnico la facultad de discutir y aprobar el Presupuesto de Egresos y, se determinaron claramente los casos de procedencia del recurso de inconformidad y la competencia federal para conocer de las controversias entre los asegurados, sus familiares beneficiarios y el Instituto, sobre las prestaciones que la ley otorga.

Además, se elaboró un sistema de aplicación transitorio respecto al abono de las cotizaciones cubiertas y se dictó una disposición tendiente a la nueva inscripción general de patrones y trabajadores.

Por último, se suprimió la prescripción del Artículo 5o. Transitorio del Ordenamiento Reformado, que declaraba excluidos en la inscripción a los seguros de invalidez, vejez y cesantía a los trabajadores que tuvieran 60 años cumplidos.

#### **REGLAMENTO DE LA NUEVA INSCRIPCION GENERAL DE PATRONES Y TRABAJADORES**

Con miras a dar cumplimiento a lo establecido en los Arts. 9o. y 10 transitorios de la reforma de 28 de febrero de 1949, el Poder

Ejecutivo Federal con fecha 18 de agosto de 1950, promulgó el Reglamento de la Nueva Inscripción General de Patrones y Trabajadores y de la Expedición de Certificados de Derechos de los Asegurados, decreto que fué publicado en el Diario Oficial de 2 de septiembre de 1950.

El Art. 9o. ya mencionado establecía la obligación, por parte del Instituto, de expedir a todos los asegurados inscritos con anterioridad a la fecha de promulgación de la reforma de la Ley, una certificación que fijara los derechos que hubieren adquirido hasta esa fecha en el Seguro Obligatorio de Invalidez, Vejez y Muerte. El Art. 10 transitorio al prescribir la realización de una nueva Inscripción General de Patrones y de Trabajadores, daba la oportunidad de iniciar una reorganización general asentada en sólidas bases técnicas, tendientes a resolver de esa manera los importantes problemas que planteaba la afiliación de dichos sectores y las deficiencias observadas en los años transcurridos, desde 1943 hasta 1949.

Las medidas básicas ordenadas por el Reglamento de la Nueva Inscripción General son las siguientes:

a) Nueva inscripción general de los patrones y de los trabajadores en las circunscripciones territoriales en la que se ha implantado el régimen del seguro social;

b) Asignación de un nuevo número de registro a cada uno de los patrones, proporcionándole la tarjeta de identificación patronal correspondiente;

c) Obligación de los patrones de inscribir a sus trabajadores dentro de los plazos señalados, usando los formularios establecidos al efecto;

d) Los datos que debe contener la cédula de inscripción general de los trabajadores, tanto los que deben ser proporcionados por el trabajador, como por el patrón;

e) Las medidas que corresponde aplicar en el caso de que el patrón no cumpla con la obligación de inscribir a uno o algunos de sus trabajadores;

f) La fijación de la unidad médica de adscripción del asegurado y de sus beneficiarios de acuerdo con la cédula de inscripción general;

g) La asignación de un nuevo número de registro al trabajador

y formulación de las constancias individuales para los patrones y para cada uno de los trabajadores a quienes deben ser entregados;

h) La expedición de nuevas tarjetas de afiliación con los requisitos que se establecen en el reglamento.

Las principales disposiciones contenidas a su vez en el capítulo correspondiente a la Expedición de los Certificados de Derechos son las siguientes:

a) La obligación por parte del Instituto de expedir a todos los asegurados inscritos con anterioridad al 28 de febrero de 1949 un certificado respecto de los derechos que hubieren adquirido hasta ese día en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte;

b) Los requisitos que debe contener el certificado mencionado;

c) La disposición mediante la cual se indica la facultad que tienen los asegurados para formular las reclamaciones que consideren pertinentes con relación a sus derechos;

d) Las reglas que se aplicarán en relación con las disposiciones de la Ley relativas a plazos de espera, cuantías básicas y aumentos de las pensiones del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, en lo que se refiere a los derechos adquiridos por semanas de cotización reconocidas hasta el 28 de febrero de 1949;

e) Las disposiciones relativas al aumento de las pensiones con una mejora por edad avanzada;

f) Las normas que rigen la distribución de certificados de derechos por conducto de los patrones; las que rigen para los asegurados que dejan de prestar servicios a un patrón antes que éste haya podido cumplir con la obligación de entregar al Instituto la cédula de la Nueva Inscripción General;

g) Las reglas tendientes a la expedición del certificado en los casos en que los trabajadores inscritos antes del 28 de febrero de 1949, tengan reconocidas semanas de cotización en los 2 últimos años anteriores a esa fecha y que no se encuentran sometidos al régimen del Seguro Obligatorio en la fecha de la Nueva Inscripción General.

Finalmente, los dos últimos capítulos del decreto que se comentan, se titulan respectivamente "Disposiciones Especiales" y "De la revisión de las pensiones".

Tanto la Nueva Inscripción General de Patrones y Trabajadores

como la Expedición de Certificados de Derechos a que se refiere el Reglamento, fueron operaciones de verdadera trascendencia en la vida del Instituto, especialmente con respecto a las relaciones de éste con los asegurados. La terminación de estas tareas dió por resultado un paso firme para los nuevos sistemas de aviso, de pago de cuotas y de control de cobro, y constituyeron, sin lugar a dudas, la primera etapa de la reorganización técnica del Instituto que fué una de las finalidades más importantes de la reforma legal del año de 1949.

### **REGLAMENTO DE LA AFILIACION DE PATRONES Y TRABAJADORES**

Complementando los reglamentos analizados anteriormente, el Poder Ejecutivo Federal dictó el 18 de agosto de 1950 el Reglamento de la Ley del Seguro Social en lo relativo a la Afiliación de Patrones y Trabajadores. Dicho Reglamento se ocupa de las condiciones y los requisitos bajo los cuales los patrones y los trabajadores deben afiliarse al régimen del Seguro Social Mexicano.

Las disposiciones fundamentales contenidas en el Reglamento pueden resumirse de la manera que sigue:

Los patrones deben inscribirse dentro de los 8 días siguientes a la iniciación de sus trabajos, suministrando todas aquellas informaciones que solicite el Instituto en relación con las condiciones de trabajo, objeto de la empresa, naturaleza de las actividades que desarrollen y todos aquellos otros datos que a juicio del propio Instituto sean necesarios. El Instituto asigna a cada patrón un número de registro y le proporciona una tarjeta de identificación patronal en la que consta la clase y grado de riesgo que corresponde a la empresa, de conformidad con el Reglamento respectivo.

Asimismo los patrones están obligados por este Reglamento a inscribir a sus trabajadores en el Instituto, a comunicar las bajas, las modificaciones de salario y los cambios de las condiciones de trabajo cuando éstos sean solicitados por el Instituto.

Por otra parte, se establece que cuando el patrón no cumpla con la obligación de inscribir a un trabajador, éste tiene el derecho de acudir al Instituto, proporcionando los informes correspondientes sin que ello exima al patrón de la obligación que le corresponde. Están previstos también los casos en que el patrón tenga duda acerca de la obligación que le corresponde. Están previstos también los

casos en que el patrón tenga duda acerca de la obligación de inscribir a una persona empleada por él.

El Art. 6o. del citado decreto se refiere a los datos que debe contener el aviso de inscripción de un trabajador como así también los datos que debe proporcionar el patrón. Los Arts. siguientes se refieren a la tarjeta de afiliación que proporciona el Instituto a los trabajadores, sus requisitos, datos que debe contener y obligaciones que implica su uso. Dispone asimismo el Reglamento, que al recibir aviso de inscripción de un trabajador que por primera vez ingresa al Instituto, éste debe señalar, de acuerdo con el domicilio de la misma, la unidad médica que corresponde al asegurado y a sus beneficiarios. El aviso de baja, el aviso de cambio de salario, los avisos de inscripción, también han sido objeto de una minuciosa reglamentación. Existen además otras disposiciones en el Reglamento, que se refieren a las sanciones establecidas para los patrones motivadas por falta de cumplimiento de las disposiciones del Reglamento, y se fijan además las reglas para determinar el salario diario del trabajador.

Las demás disposiciones se refieren a las autorizaciones conferidas al Instituto a efectos de regularizar las situaciones por falta de cumplimiento de las disposiciones consignadas en el Reglamento.

### **REGLAMENTO DEL PAGO DE CUOTAS Y CONTRIBUCIONES DEL SEGURO SOCIAL**

Uno de los propósitos fundamentales de la reforma del año de 1949 fué la de garantizar el equilibrio financiero, para lo cual, además de las medidas adoptadas en relación con el aumento de cuotas, la ampliación de los grupos de salario, etc., se hizo indispensable una reorganización del sistema de recaudación que facilitara a los patrones el cumplimiento de sus obligaciones, evitando procedimientos complicados y gastos excesivos y dotando al mismo tiempo al Instituto de un control verdaderamente eficaz.

Con esos propósitos se formuló el nuevo Reglamento para el Pago de Cuotas y Contribuciones del Seguro Social que fué dictado por el Poder Ejecutivo Federal en la misma fecha que los dos anteriores y publicado en el Boletín Oficial del 2 de septiembre de 1950. Las disposiciones fundamentales contenidas en dicho reglamento son las siguientes:

a) Los patrones deben enterar al Instituto Mexicano del Seguro Social las cuotas que deben cubrir ellos y sus trabajadores en las ramas de Enfermedades no Profesionales y Maternidad, y de Invalidez, Vejez, Cesantía y Muerte, así como las que sólo a ellos corresponde pagar en el Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales;

b) El pago de las cuotas se efectúa bimestralmente en las Oficinas del Instituto o en los lugares que éste autorice para el efecto;

c) A los efectos del pago, los patrones deben utilizar las cédulas que el Instituto proporciona, las cuales se reparten gratuitamente;

d) En lo concerniente a las liquidaciones de pago de cuotas de los Seguros de Enfermedades no Profesionales y de Maternidad, y de Invalidez, Vejez, Cesantía y Muerte, los patrones deben sujetarse a la tabla que a dichos efectos establece el reglamento. Este dispone asimismo, que cuando los contratos colectivos de trabajo estipulen prestaciones de las que sean objeto de la Ley del Seguro, el Instituto debe determinar separadamente para cada rama del seguro, las cuotas que deben cubrir patrón y asegurados. Esta disposición se halla complementada por otras dos que se refieren al estudio técnico-jurídico que el Instituto debe llevar a cabo respecto del contenido del contrato colectivo y de las objeciones que pudieran formular los interesados;

e) En lo tocante a los importes de las cuotas del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades No Profesionales, se determina que deberá establecerse en relación con el monto total de las cuotas obrero-patronales, correspondientes al Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía y Muerte y según la clase a que pertenece la negociación o establecimiento, de acuerdo con la tabla fijada en el Reglamento.

f) Establécense asimismo las reglas sobre la falta de cumplimiento a las disposiciones del capítulo de afiliación; de como debe calcularse el número de semanas para cada bimestre; de como efectuar el cálculo de las cuotas que deben enterarse; los casos en que el trabajador no reciba salario por semana completa y los casos en que un asegurado preste sus servicios a varios patrones;

g) Las sociedades cooperativas de producción sujetas al régimen de contribución bipartita deben formular sus liquidaciones de acuerdo con la tabla que se establece en el Decreto;

h) Existen también disposiciones vinculadas al descuento de los

salarios de los trabajadores por parte del patrón, reglas referentes a los trabajadores que sólo perciben el salario mínimo y de los aprendices que no perciben retribución en dinero sino sólo en especie;

i) Además hay disposiciones que se refieren a las liquidaciones presentadas por los patrones, las formuladas por el Instituto, y los requisitos que conforme a lo prescrito por el Art. 27 de la Ley deben contener las listas de raya que llevan los patrones;

j) Los casos de concursos, quiebras u otros procedimientos y los casos de sustitución patronal han sido asimismo reglamentados con todo detalle.

Por último, el Reglamento se refiere a la contribución del Estado para los Seguros de Enfermedades No Profesionales y de Maternidad, y de Invalidez, Vejez en Edad Avanzada, Cesantía y Muerte.

El nuevo reglamento para el pago de cuotas y contribuciones del Seguro Social consolida y funde todas aquellas disposiciones que se encontraban dispersas en diversos reglamentos. Al establecer un ordenamiento de dichas disposiciones coordinadas con las que se establecen en el Reglamento de Afiliación y en el de Clasificación de Empresas y de Grados de Riesgo del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, se ha dado un paso definitivo en lo que a la facilidad de su consulta y cumplimiento se refieren.

## **REGLAMENTO DE CLASIFICACION DE EMPRESAS EN GRADO DE RIESGO**

Con fecha 11 de septiembre de 1950, el Poder Ejecutivo Federal expidió un Nuevo Reglamento de Clasificación de Empresas para el Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Este cuerpo legal derogó todas las disposiciones de los reglamentos que en relación con esta materia se habían dictado en febrero de 1944 y julio de 1948.

Las disposiciones principales del Reglamento de Clasificación de Empresas pueden resumirse así:

a) Las empresas se consideran, a los efectos de la determinación de las primas, distribuidas en cinco clases, según el tipo de riesgo correspondiente a su actividad fundamental. Las clases en

que las negociaciones quedan colocadas a los fines del reglamento, abarcan a su vez una escala, cuyos grados de riesgos mínimos, medio y máximo, se consignan en la tabla que a esos efectos se ha establecido en el Art. 12;

b) El patrón debe manifestar con toda claridad, al llenar su cédula de inscripción, la actividad a que principalmente se dedica y las demás actividades que realice. Asimismo debe informar a requerimiento del Instituto acerca de las instalaciones, dependencias, unidades o talleres de que se componga su establecimiento, los diversos tipos de maquinaria empleados y el número de trabajadores ocupados en dichas dependencias;

c) Se establece asimismo que el patrón, al inscribir a sus trabajadores, debe manifestar la clase en que considere incluida la empresa respectiva, de acuerdo con las disposiciones del reglamento, colocándola en el grado medio de la misma y cubriendo las cuotas del Seguro de Riesgos Profesionales de conformidad con esa clasificación. Al Instituto corresponde hacer la rectificación en el caso en que la manifestación del patrón relativa a la clasificación de la empresa o a la prima correspondiente, no se ajuste a lo que dispone el reglamento;

d) Para el caso en que alguna empresa no apareciera comprendida en alguna de las listas de actividades señaladas en las cinco clases, o su clasificación fuera dudosa, al Instituto corresponde determinar, por similitud de actividad, de peligrosidad, de sistemas de trabajo y de producción, número de trabajadores, volumen de salarios, etc., la clase en que dicha empresa debe quedar colocada para los efectos del reglamento. Debe señalarse a este respecto que la clasificación de las empresas en estos casos se halla a cargo de una Comisión Técnica, designada por el Consejo Técnico a propuesta del Director General, e integradas por funcionarios especializados bajo la dirección del Jefe de la Oficina de Riesgos Profesionales del Instituto. Dicha Comisión, luego de practicadas las averiguaciones y los estudios que corresponden, establece su dictamen, el cual una vez revisado por el Comité Consultivo del Seguro de Riesgos Profesionales, se eleva a la categoría de resolución;

e) El Reglamento fija con todo detalle las funciones que corresponden al Comité mencionado, el que se integra por un representante del Estado, otro de los trabajadores y otro de los patrones;

f) Señala además el Reglamento, que la revisión de las clases y grado de riesgo a que se refiere el Art. 45 de la Ley, se debe ini-



ciar con un estudio, dictamen y proyecto elaborados por la Comisión Técnica de Clasificación de Empresas las cuales se someten a consideración del Comité Consultivo para que emita su opinión en el plazo fijado;

g) A los efectos de la fijación de la clase a que pertenece una empresa conforme a la lista del Art. 12 del Reglamento, la empresa se considera invariablemente como una unidad de riesgos inseparable, no pudiendo desasociarse sus diversas actividades o grupos componentes para asignar a cada uno, una clase diferente;

h) En relación con el importe de las primas que por el Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales deben satisfacer las empresas, las mismas se determinan conforme a lo expresado en el Art. 10, en relación con el importe total de la cuota obrero-patronal que la propia empresa entere por el mismo período para el Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía y Muerte, con apego a la tabla que fija el Art. 96 de la Ley y conforme a los porcentajes que se establecen en el mencionado Artículo;

i) El Reglamento contiene además una serie de disposiciones de procedimiento para llevar a cabo la modificación de los grados de riesgo de las empresas.

Por último, y en el Art. 12 de este Reglamento, se establece la clasificación de las empresas, en una extensa lista que comprende las cinco clase de Riesgo que son: las de Riesgo Ordinario, de Vida, Riesgo Bajo, Riesgo Medio, Riesgo Alto y Riesgo Máximo.

## **REGLAMENTO DE INCONFORMIDADES**

El artículo 133 de la Ley del Seguro Social, establece en favor de los patrones, los asegurados y sus beneficiarios, el recurso de inconformidad en contra de cualquier acto que lesione sus intereses, para que el Consejo Técnico, que es quien asume la representación legal y la administración del Instituto, resuelva en definitiva acerca de la controversia; añadiendo dicho precepto que el Reglamento relativo fijaría la forma y términos en que se haría valer dicho recurso.

Con fecha 17 de noviembre de 1950 se promulgó por publicación hecha en el Diario Oficial de ese día, el Reglamento normativo del artículo 133 de la Ley, determinando que este recurso ante auto-

ridad superior jerárquica, debía ajustarse a su articulado y, en su defecto, a las disposiciones del Código Fiscal de la Federación, en su aspecto administrativo, y a las de la Ley Federal del Trabajo.

Al efecto, se creó la Oficina de Inconformidades, dependiente del Consejo Técnico, ante la que debe presentarse para su trámite el escrito inicial que, sin sujetarse a formalidad especial alguna, debe contener, por lo menos, los datos indispensables para promover la investigación necesaria, a fin de lograr los elementos suficientes para poder resolver la cuestión planteada. Por tanto, para que sea admitido el recurso, deben cumplirse los siguientes requisitos: nombre del ocursoante, su domicilio y capacidad de representación; si obra en nombre de otro o de alguna persona moral distinta; mencionar el acto contra el que se reclama y la Oficina que lo origina, así como acompañar los documentos relativos. El recurso deberá interponerse dentro de los quince días hábiles siguientes al mes en que se haya comunicado o tenido lugar el hecho que se impugna; pues, de otro modo, se desechará por extemporáneo. Admitido el recurso se notificará personalmente el acuerdo respectivo y en él se señala un término de prueba, por quince días, al transcurso de los cuales, con las pruebas ofrecidas y las constancias recabadas de oficio por la Oficina, se formula el proyecto de resolución que habrá de someterse a la aprobación del Consejo Técnico.

Resaltan, entre los demás pormenores que abarca el Reglamento sus artículos 21 y 26, que respectivamente establecen la facultad de apreciación de las pruebas y el recurso de revocación, ante el mismo Consejo, contra resoluciones interlocutorias de la Secretaría General, en materia de admisión del recurso y de las pruebas ofrecidas. Así se ha logrado que el Consejo Técnico cumpla de manera más amplia con su alta finalidad de acatamiento estricto a la Ley, y, a la vez, disponga del arbitrio justo y necesario para armonizar intereses, rectificar posibles errores y omisiones, y propender, sobre todo, a que sus fallos, por apegarse a la equidad y a la justicia que corresponden al contenido social del Instituto, no sean recurridos y, de este modo, sostener en base firme el prestigio y la confianza en el Seguro Social.