

NUEVOS REGLAMENTOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

SUMARIO: I. *Reglamento de afiliación.* II. *Reglamento para el pago de cuotas y seguro social del campo.* III. *Reglamento para la imposición de multas.* IV. *Reglamento del recurso de inconformidad.* V. *Reglamento de quejas administrativas.* VI. *Reglamento de servicios médicos.* VII. *Reglamento de salud para la familia.*

La entrada en vigor de la nueva Ley de Seguridad Social ha dado origen a la publicación en el *Diario Oficial de la Federación* de fecha 30 de julio de 1997 de nueve reglamentos que complementan las disposiciones contenidas en dicha legislación; estos comprenden no solo la afiliación de los trabajadores y patronos bajo nuevos términos que facilitan la inscripción en el IMSS así como el pago de cuotas correspondientes a unos y otros, sino el seguro social del campo, el seguro para la familia del trabajador, los servicios médicos y la prestación del servicio de guardería. Además esta reglamentación incluye los aspectos relacionados con las quejas administrativas, la imposición de multas por infracciones en las cuales se incurra y el trámite procesal del recurso de inconformidad. Conviene por ello hacer un breve análisis de estas reglas de interés para los factores de la producción.

I. REGLAMENTO DE AFILIACIÓN

En principio tres capítulos son importantes: el registro de los patronos, la inscripción de los trabajadores y la vigencia de derechos de unos y otros. Es obligación del empleador registrarse ante el Instituto Mexicano del Seguro Social en cuanto inicie cualquier relación laboral o se trate de la instalación de cooperativas, así como firmar un convenio dentro de los cinco días siguientes al inicio de las operaciones a realizar. Los patronos que esporádica o permanentemente se dediquen a la construcción, además de los documentos a los cuales se hace referencia en el artículo 3o. de este reglamento, una notificación respecto del domicilio donde vaya a realizarse cual-

quier obra o lo correspondiente a la fase de una obra complementaria.

Una vez cubiertos los requisitos señalados se le asignará un número de registro patronal por cada municipio en donde vaya a operar o en el Distrito Federal si aquí se encuentra el asiento del negocio, entregándosele de inmediato una tarjeta operativa; en caso de robo o extravío de esta tarjeta, debe proceder a su inmediata reposición. Adquiere asimismo la obligación de notificar el inicio de cualquier movimiento de huelga que se presente a efecto de mantener vigentes durante su duración, los derechos de los trabajadores asegurados con el objeto de que éstos no pierdan sus prestaciones médicas. Deberá también comunicar al Instituto la suspensión o término de actividades, la substitución patronal, en caso de haberla, cualquier fusión o circunstancia que afecte el registro proporcionado.

En cuanto a la inscripción de los trabajadores permanentes, por obra, por tiempo indeterminado o eventuales, será el empleador quien la lleve a cabo en un plazo no mayor de cinco días hábiles a partir de la fecha de su contratación. Una vez inscrito el trabajador se le fijará un número también que ampara cualquier servicio otorgado por la seguridad social tanto para él como sus dependientes económicos a quienes deberá incorporar en su cédula de afiliación. Se le entregará asimismo una tarjeta o credencial de derechohabiente, la cual presentará cuando solicite cualquier servicio, sea para él o sus familiares o dependientes económicos. Toda corrección o modificación de documentos se tramitará ante el Instituto, en cuanto tenga lugar.

El salario percibido por el trabajador sirve de base tanto para el pago de cuotas correspondientes a él y al patrono como para la asignación de prestaciones que procedan, por ello es importante dar a conocer al Instituto todo cambio legal o modificación del mismo, sea fijo o variable, a fin de proceder a las anotaciones respectivas en los registros. De ahí la necesidad también de dar oportuno aviso de la baja de un trabajador, independientemente del motivo de ésta. Dicha baja no surtirá efecto legal alguno durante un periodo de prehuelga o huelga. El aviso permitirá al trabajador continuar como afiliado voluntario e impedir (bajo esta base) se le suspendan los derechos adquiridos en la institución.

Al trabajador se le fijará una unidad médica de adscripción por cuyo motivo deberá presentar una solicitud de registro en la misma, incluyendo las personas que dependan económicamente de él y desee reciban servicios médicos o los adicionales correspondientes. Puede

incluir a la concubina o al padre y la madre siempre que acredite el parentesco. El trabajador tiene la facultad en todas estas situaciones para exigir su registro correcto, inscribirse personalmente en la forma legal que corresponda y pedir se hagan las anotaciones que procedan respecto de sus datos personales, su salario y los datos de sus dependientes económicos o causahabientes.

La ley faculta la afiliación de trabajadores independientes, de trabajadores domésticos y de los trabajadores de las administraciones públicas de la Federación, de las entidades federativas y de los municipios que estén excluidos o no comprendidos en otras leyes o decretos como sujetos del seguro social. El Instituto podrá celebrar convenios de incorporación sobre este particular en caso de tener que cubrir prestaciones en especie.

II. REGLAMENTO PARA EL PAGO DE CUOTAS Y SEGURO SOCIAL DEL CAMPO

Las cuotas obrero-patronales se generan por mensualidades vencidas, las cuales depositará el patrón en las cajas del Instituto a más tardar el día diecisiete del mes inmediato siguiente. Cuando el negocio no tenga más de cuatro trabajadores, éstos y el empleador convendrán el monto de la cuota a entregar conforme los formularios autorizados por la Institución. Cuando el patrón tenga cinco o más trabajadores las cuotas se ajustarán a los programas de cómputo, para lo cual el Instituto entregará un disquete con los mismos para ser examinados y ajustar los pagos correspondientes a las asignaciones ahí establecidas. El IMSS entregará en los casos que lo estime pertinente una cédula con determinación de las cuotas a entregar tomando en consideración la naturaleza y características de la empresa o negociación. Dicha cédula tendrá el carácter de acto administrativo vinculatorio y de no ser pagada dentro del plazo legal se exigirá en los términos establecidos en este reglamento salvo devoluciones legales que procedan.

Siendo responsable el empleador de los daños y perjuicios que se causen al trabajador, serán a cargo suyo las cuotas correspondientes a la integración de los capitales constitutivos, para el efecto de mantener vigentes los derechos de los trabajadores en caso de incumplimiento de los pagos legales procedentes; estos capitales deberán encontrarse permanentemente actualizados sobre todo en el ramo del seguro de retiro en edad avanzada y vejez. A los pagos hechos fuera

de los plazos establecidos se les impondrán los recargos que resulten conforme los adeudos respectivos. La única concesión otorgada a los patronos es la de celebrar con éstos convenios para el pago de cualquier adeudo en parcialidades.

El no cumplimiento oportuno de cualquier pago dará origen a aplicación de sanciones. Será causa de amonestación toda falta de información, la falta de anexos según proceda, no cumplir con los requerimientos que se hagan y no atender la formulación de los dictámenes dispuestos en la ley. De acumular un infractor tres amonestaciones se les suspenderá el registro, o la cancelará el Instituto según la naturaleza de las faltas cometidas. Antes de aplicarse una sanción se comunicará al infractor el motivo de ésta, concediéndole un término de quince días hábiles para manifestar lo que a sus intereses convenga y presente los documentos pertinentes en su descargo. Concluido dicho periodo se informará el resultado de la investigación o la aplicación de la sanción impuesta a la Federación de Colegios Profesionales a la cual pertenezca el contador público que intervenga en el informe a rendir.

En cuanto al seguro del campo tanto los trabajadores permanentes como los eventuales, así como los miembros de sociedades cooperativas de producción, deberán ser asegurados, considerándose patronos las personas dedicadas a cualquier actividad agrícola, ganadera, forestal o mixta que contrate trabajadores. Se estima también sujetos del seguro los ejidatarios, comuneros, pequeños propietarios y colonos, por lo cual podrán llevar a cabo su propio aseguramiento con las mismas obligaciones impuestas a los socios voluntarios. A unos u otros se les suspenderán los servicios de no ajustarse a las normas reglamentarias pero se les dará igual oportunidad que a los demás infractores para presentar sus inconformidades y proceder conforme a las disposiciones que a continuación se examinan. Para el registro de todos estos trabajadores deberá presentarse una cédula patronal o solicitud de aseguramiento.

III. REGLAMENTO PARA LA IMPOSICIÓN DE MULTAS

Se consideran infracciones a la ley: *a)* la falta de registro de patronos o trabajadores; *b)* la falta de informe respecto a modificaciones correspondientes a dichos registros (cambios de salario, de causahabientes, altas, bajas, cuotas, etcétera); *c)* no informar a los trabajadores las aportaciones a que están personal y particularmente obligados

para efectos del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez; *d*) no presentar al Instituto con toda oportunidad avisos, formularios, comprobantes de afiliación o registros, así como proporcionar datos falsos; *e*) no llevar el registro de nóminas o listas de raya señalados en la ley; *f*) no entregar a los trabajadores la constancia semanal o quincenal de los días laborados; *g*) obstaculizar las inspecciones o visitas a los establecimientos ordenadas por el Instituto y la falta de cooperación para la realización de cualquier investigación que proceda; *h*) no dar aviso al Instituto de los riesgos de trabajo que se presenten en la negociación u ocultar su concurrencia en las instalaciones o fuera de ellas; *i*) conservar la documentación exigida o establecida en la ley; omitir o presentar datos falsos y no dar aviso oportuno de todo cambio domiciliario; *j*) no retener las cuotas del Seguro Social a los trabajadores cuando así lo corresponda por disposición de la ley; *k*) informar del establecimiento de una huelga o terminación de la misma; y *l*) no informar de cualquier cambio, suspensión o término de actividades, de toda clausura o cambio de nombre o razón social de los empleadores.

Se encuentran facultados los delegados o subdelegados del Instituto para imponer las multas que procedan, mismas que hará efectivas el jefe de cobros de la oficina del Instituto Mexicano del Seguro Social correspondiente. Para la imposición de una multa el Instituto deberá tomar en consideración los siguientes supuestos: *a*) la naturaleza propia del acto y omisión; *b*) el número de trabajadores involucrados por la acción u omisión; *c*) el importe del crédito fiscal omitido; *d*) la capacidad económica del infractor. Las multas se impondrán por el importe desde setenta y cinco días de salario mínimo regional hasta trescientos cincuenta días de dicho salario. Las notificaciones se harán en los términos del Código Fiscal de la Federación en forma personal a los patronos. Si las multas se pagan dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha de su notificación serán deducidas en un 20 por ciento de su importe. Podrán ser impugnadas pero de resultar confirmadas por la autoridad, el cumplimiento de pago no podrán exceder de quince días hábiles contados a partir de la fecha de notificación de la resolución definitiva; de lo contrario quedarán sujetas a los riesgos o cobros extraordinarios que procedan.

IV. REGLAMENTO DEL RECURSO DE INCONFORMIDAD

El recurso proveniente de cualquier oposición derivada del cumplimiento de una obligación legal, de una disposición administrativa de la Institución o de la imposición de una multa, deberá interponerse dentro del término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que surta efectos la notificación del acto definitivo impugnado. Se interpondrá por escrito dirigido al Consejo Consultivo Delegacional y se presentará directamente en las oficinas de la delegación de la sede regional o subdelegación si el domicilio de la del recurrente queda fuera de aquélla. Cuando su domicilio se encuentre ubicado en población distinta podrá enviarse mediante correo certificado con acuse de recibo.

La inconformidad patronal contra valuaciones actuariales de los contratos colectivos se harán del conocimiento de los sindicatos titulares de dichos contratos a efecto de que sus representantes puedan oponerse a la solicitud patronal y presentar pruebas de su interés. Tratándose de inconformidades de los asegurados o de sus beneficiarios se correrá traslado de la promoción respectiva al patrón y pueda éste intervenir en el procedimiento. Cuando el empleador niegue la relación laboral se notificará este hecho al interesado a fin de que presente las pruebas en contra de esa negativa.

El recurso de improcedencia de la queja por indebida notificación se interpondrá en el escrito del recurso de inconformidad y será estudiado en primer término mediante examen del agravio relativo. Si se declara ilegal la notificación se tendrá por notificado al recurrente a partir de la resolución previa que se pronuncie por tratarse de un acto administrativo que no afecta al interés jurídico del propio recurrente. Dicha improcedencia tendrá lugar también contra cumplimiento de sentencias, contra actos consentidos o conexos con defensas diferentes o contra revocaciones administrativas llevadas a cabo por la autoridad emisora. El sobreseimiento del recurso procede por desistimiento del recurrente o muerte y cuando durante el procedimiento sobrevenga cualquier causal de improcedencia.

Admitido el recurso de inconformidad por el Consejo Consultivo Delegacional, se pedirán por éste a las dependencias del Instituto un informe y una relación de las circunstancias que hayan dado motivo al acto recurrido y presenten pruebas que lo apoyen. Las pruebas admitidas se desahogarán directamente en el menor plazo posible, incluidas la confesional, testimonial o de inspección. Se ordenará asimismo la suspensión del procedimiento administrativo de

ejecución, sujeta a los términos del Código Fiscal de la Federación, pero con las garantías que el propio ordenamiento establece.

La resolución se dictará por unanimidad o mayoría de votos de los miembros del Consejo sin sujeción o regla especial alguna. Cuando uno de los agravios sea suficiente para desvirtuar la validez del acto impugnado bastará con el examen de este punto. El consejero inconforme con la resolución podrá emitir voto particular, mismo que se anexará a su expediente. Cuando la resolución implique inobservancia a la ley o a los reglamentos, o cuando no se ajuste a los acuerdos del Consejo, el presidente tendrá la facultad de vetarla y de suspender su aprobación, ordenando la preparación de un nuevo proyecto. Notificada a las partes cuando tenga carácter definitivo tendrán éstas un plazo de cinco días hábiles para interponer el recurso de inconformidad; de ser conformes con el resultado se procederá a su inmediata ejecución.

V. REGLAMENTO DE QUEJAS ADMINISTRATIVAS

Las quejas administrativas se ajustan a un procedimiento diverso. Se entiende por regla administrativa toda insatisfacción formulada en exposición de hecho, por parte de los usuarios de los servicios del IMSS, tratándose de actos u omisiones en éstos cuando den origen a una reclamación fundada o a una protesta por posibles violaciones de derechos, siempre que éstos no constituyan un acto definitivo impugnable a través del recurso de inconformidad.

Las reglas del procedimiento son las siguientes:

- 1a. Al tener sólo el carácter de instancia administrativa se resolverán por el Consejo Consultivo competente (regional o delegacional).
- 2a. Se presentarán por conducto de la Contraloría Interna del IMSS quien las turnará a la Coordinación General de Atención y Orientación de Derechohabientes. De presentarse ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos tendrá igual trámite al recibirse en el IMSS.
- 3a. Cuando en los servicios de atención telefónica, en foros de consulta, en eventos o reuniones de grupos organizados o medios de comunicación se tenga conocimiento de la intención manifiesta de presentar una queja, el personal de las áreas de

atención y orientación procederán a orientar al interesado para un mejor despacho.

- 4a. Instrumentada la queja, la Coordinación antes señalada investigará los motivos que la generaron, solicitará los informes requeridos a las autoridades competentes, admitirá o rechazará probanzas, y examinará situaciones de improcedencia.
- 5a. Las comisiones bipartitas de los Consejos Consultivos encargados de examinar la queja rendirán un dictamen que servirá de base para la resolución que pronuncia el Consejo.
- 6a. Pronunciada la resolución se turnará a la Coordinación de Atención y Orientación para ser comunicada al interesado en un plazo no mayor de tres días hábiles contado a partir de su recepción.
- 7a. Cuando la queja implique responsabilidad civil de cualquier índole, el Consejo determinará su alcance jurídico y actuará en la forma legal que proceda y sugerirá las sanciones correspondientes.
- 8a. De proceder el reintegro de gastos médicos originados por omisión o deficiencia de los servicios, será la Dirección de Finanzas y Sistemas del IMSS la que determine el monto de su cargo o cobro.
- 9a. En los casos de quejas presentadas ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos u organismos públicos similares, se firmará con aquélla o éstos un convenio de procedimiento que abrevie la tramitación y facilite el cumplimiento de las resoluciones.
- 10a. Hecha la notificación al interesado las autoridades en el ámbito de sus respectivas competencias serán responsables de la ejecución hasta la conclusión de las acciones necesarias para el cumplimiento de la resolución pronunciada, en un plazo no mayor de diez días.

VI. REGLAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS

Tres capítulos principales y dos accesorios contiene este reglamento: la atención en riesgos del trabajo, en materia de enfermedades y en el ramo de invalidez, los primeros; la expedición de certificados de incapacidad temporal y el traslado de pacientes, los segundos. La atención se distribuye en tres niveles, el primero lo constituyen las unidades de medicina familiar con servicios de salud integrales y

continuos; el segundo corresponde a los hospitales general y de subzona o región en los que se atiende a los pacientes remitidos por los servicios del primer nivel; y el tercero a los hospitales de alta tecnología y diagnósticos terapéuticos máximos. En casos de padecimientos epidémicos o infecto-contagiosos se atenderán por medio de servicios institucionales.

Tratándose de riesgos del trabajo se atenderá de inmediato a los asegurados independientemente de cualquier determinación posterior o aclaratoria. Para ello será el Instituto quien determine la existencia del riesgo y las prestaciones en especie que corresponderán al asegurado (atención quirúrgica, farmacéutica, de hospitalización, de entrega de aparatos de prótesis u ortopedia y de rehabilitación). El asegurado deberá someterse a los reconocimientos y exámenes médicos que ordene el Instituto así como el tratamiento que se le prescriba.

Al tener lugar un riesgo el patrono deberá dar aviso del mismo para el traslado del paciente a la unidad médica que corresponda o en caso de urgencia a la unidad médica más próxima al domicilio de la empresa o negociación donde labore o el lugar donde hubiere sufrido el susodicho riesgo; igualmente proporcionará la información que el IMSS solicite y permitirá las investigaciones necesarias.

Cuando las lesiones o el padecimiento sufridos por el asegurado le impidan laborar permanecerá incapacitado hasta por cincuenta y dos semanas; de continuar su incapacidad se determinará ésta en la proporción que corresponda, se fijará la indemnización que proceda así como la atención médica que deberá recibir en lo futuro.

En lo concerniente al seguro de enfermedad o maternidad se regulan las siguientes prestaciones: *a)* el tratamiento de la enfermedad hasta la curación completa con pago de salario de resultar esto necesario; *b)* en el ramo de maternidad la mujer recibirá asistencia obstétrica a partir de la certificación del embarazo hasta seis meses después de ocurrido el parto; independientemente de ello, el Instituto cuidará del estado físico del hijo, proporcionará una canastilla a solicitud de la madre y de resultar necesario se proporcionarán a ésta los servicios médicos institucionales requeridos; *c)* servicios de consulta externa y atención médica domiciliaria a cargo de médicos familiares asignados en cada caso particular; de no resultar indispensables estos últimos se hará cargo del enfermo cualquier médico del Instituto en la unidad correspondiente (es indispensable en la prestación de este servicio la previa identificación del paciente); *d)* servicio de urgencias o de hospitalización según proceda y conforme

los instructivos aprobados por el Instituto; e) de salud reproductiva y materno infantil mediante programas de prevención; f) asistencia farmacéutica con base en la cuantificación de medicamentos indicados por el médico; y g) educación e investigación médicas, indispensables para mejorar los servicios, ampliar actividades de formación y capacitación, al igual que de exámenes especiales o intensos exigidos por el paciente (éste dará su consentimiento previo a cualquier práctica investigatoria).

La atención médica en el ramo de invalidez requiere del dictamen médico previo que la determine. Realizado lo anterior el Instituto está facultado para instituir la a través de sus propios servicios o mediante servicios institucionalizados (de especialidad). A todo enfermo en estado de invalidez presunta el Instituto podrá atenderlo personalmente y a través de sus servicios hasta por un término de dos años; esto es, la incapacidad que no requiere de estudios específicos y pueda determinarse dentro de este periodo se fijará de inmediato y se otorgarán al asegurado las prestaciones económicas, de prótesis y asistencia que le correspondan, siempre que haya cotizado al menos durante ciento cincuenta semanas. De ser menor el periodo el Instituto fijará la indemnización procedente sin ulteriores responsabilidades.

El hijo del pensionado y el huérfano del asegurado que presenten enfermedad crónica o invalidez que les impida el trabajo o sostenimiento económico propio disfrutará de pensión, siempre que no se hubiese provocado intencionalmente el estado de invalidez o resultare aquélla como consecuencia de un delito intencional. En cuanto a la expedición de certificados de incapacidad temporal para el trabajo, el médico que atienda al asegurado deberá expedir bajo su más estricta responsabilidad el documento respectivo, señalando el término durante el cual se encuentre protegido el trabajador; de requerirse una ampliación se proveerá a ello mediante responsabilidad implícita del facultativo que extienda un certificado. El médico familiar o estomatólogo podrán expedir certificados por el término de uno a tres días iniciales de una enfermedad; de resultar necesario ampliar el periodo de atención o el traslado del enfermo a un centro hospitalario se proveerá por el médico lo que amerite el estado de salud del paciente.

Por último, el traslado a pacientes en todos los casos que lo ameriten por medio de las ambulancias del Instituto, ya sea para cambiar al enfermo (asegurado o dependiente económico) de un centro hospitalario a otro, sea local, regional, central o institucional. El di-

rector de la unidad remitente podrá autorizar la presencia en la ambulancia de un acompañante cuando: *a)* Se trate de personas menores de 16 años o mayores de 65 años; *b)* el padecimiento sea de índole neuro-psiquiátrica; *c)* en situaciones de estricta urgencia médica; y *d)* pacientes programados para practicarles intervenciones quirúrgicas de alta especialidad para autorizar al Instituto el tratamiento médico o procedimiento aplicable o requerido. En situaciones particulares podrán autorizarse a los familiares del paciente viáticos y pasajes a fin de acompañarlo en los centros hospitalarios durante la atención médica de urgencia o de hospitalización, siempre que ésta sea en lugar diferente al del domicilio del asegurado y no de carácter local.

VII. REGLAMENTO DE SALUD PARA LA FAMILIA

Complementario del anterior es este otro reglamento por medio del cual se garantiza el otorgamiento de prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad durante el periodo cubierto por las cuotas obrero-patronales correspondientes a cada asegurado, en los siguientes términos y condiciones.

- 1) Cuando el cónyuge, la concubina o el concubinario sean titulares del núcleo familiar asegurado o hayan sido registrados.
- 2) Los hijos del titular del núcleo familiar hasta la edad de 16 años o hasta los 25 años si se encuentran realizando estudios.
- 3) Los hijos del titular cuando no puedan sostenerse debido a una enfermedad crónica o defecto físico o psíquico, contraído en fecha posterior a la contratación inicial del seguro, siempre que dicho seguro se encuentre vigente, y
- 4) El padre y la madre del titular del núcleo familiar que vivan en el hogar del asegurado y dependan económicamente de él.

Otros familiares (nietos, hermanos, primos, sobrinos) que convivan con el titular y dependan económicamente de él podrán ser amparados con alguna prestación similar a las anteriores, al igual que los hijos de cónyuge o concubina procreados en matrimonio o unión anterior. En todos estos casos deberá inscribirse a la persona a la cual se pretenda extenderle los anteriores beneficios presentando la documentación o elementos documentales que exija el Instituto para incluirlos.

La modesta y exigua explicación ofrecida permitirá al lector interesado darse cuenta aproximada de las más importantes reformas secundarias sufridas por nuestro régimen de seguridad social a partir del primero de julio del presente año. La idea general que se ha pretendido de las mismas lleva la intención de confirmar lo que el autor de este breve estudio ha expresado en conferencias y otras publicaciones, su eficacia y bondad se encuentran a la vista y si se las compara con servicios y prestaciones otorgadas por instituciones de seguridad social de otros países, en nada desmerecen y cubren con amplitud una gama de situaciones aún no contempladas por otras legislaciones.

Santiago BARAJAS MONTES DE OCA