

## INEFICACIA DE LOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS EN CONTRA DE ACTOS U OMISIONES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL\*

INEFFICIENCY OF ADMINISTRATIVE RESOURCES AGAINST  
ACTS OR OMISSIONS OF THE MEXICAN INSTITUTE  
OF SOCIAL SECURITY

INEFFICACITÉ DES RESSOURCES ADMINISTRATIVES CONTRE  
LES ACTES OU OMISSIONS DE L'INSTITUT MEXICAIN  
DE SÉCURITÉ SOCIALE

---

Verónica Lidia MARTÍNEZ MARTÍNEZ\*\*

RESUMEN: En este trabajo se analizan los antecedentes, supuestos de procedencia, así como la tramitación, resolución y la problemática que presentan los recursos de inconformidad, revocación y queja administrativa interpuestos en contra de actos u omisiones del Instituto Mexicano del Seguro Social, partiendo del concepto y elementos constitutivos de los recursos administrativos.

*Palabras clave:* recurso de inconformidad, queja administrativa, recurso de revocación, justicia administrativa, Instituto Mexicano del Seguro Social.

ABSTRACT: Starting from the concept and constitutive elements of the administrative resources, this paper analyzes the background, assumptions of origin, as well as the processing, resolution and the problem presented by the appeals of nonconformity, revocation and administrative complaint filed against acts or omissions of the Mexican Institute of Social Security.

---

\* Recibido el 27 de noviembre de 2017 y aceptado para su publicación el 2 de abril de 2018.

\*\* Doctora y maestra en derecho; especialista en derecho social. Miembro de la Academia Mexicana de Derecho de la Seguridad Social.



*Keywords:* appeal of nonconformity, administrative complaint, appeal for revocation, administrative justice, Mexican Institute of Social Security.

*RÉSUMÉ:* Partant du concept et des éléments constitutifs des ressources administratives, cet article analyse le contexte, les hypothèses d'origine, ainsi que le traitement, la résolution et le problème présenté par les appels de non-conformité, de révocation et de plainte administrative contre des actes ou omissions de l'Institut mexicain d'Assurance sociale.

*Mots-clés:* appel de non-conformité, plainte administrative, recours en révocation, justice administrative, Institut mexicain de sécurité sociale.

*SUMARIO:* I. *Los recursos administrativos.* II. *Antecedentes de los recursos administrativos previstos en la Ley del Seguro Social y sus disposiciones reglamentarias.* III. *El recurso de inconformidad ante el IMSS.* IV. *Problemática que presenta el recurso de inconformidad.* V. *El recurso de revocación.* VI. *Inconstitucionalidad del recurso de revocación.* VII. *Queja administrativa.* VIII. *Problemática e inconstitucionalidad de la queja administrativa.* IX. *A modo de conclusión.* X. *Bibliografía.*

## I. LOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS

Aunque existen un sinnúmero de formas de clasificar a los recursos, por resultarnos útil para nuestra investigación adoptaremos aquella clasificación que distingue a los recursos procedentes contra actos judiciales de los medios de defensa procedentes contra actos de naturaleza administrativa.

El primer tipo de recursos lo constituyen medios de impugnación de actos dictados por órganos jurisdiccionales, que brindan a quienes se hallan legitimados para interponerlos, la oportunidad de obtener por parte de la autoridad judicial la anulación de los actos dictados con violación de la ley aplicada o sin la aplicación de la debida.

En cambio, los recursos administrativos como partes integrantes de la justicia administrativa,<sup>1</sup> son mecanismos puestos a disposición de los goberna-

---

<sup>1</sup> De acuerdo con el maestro Fix-Zamudio, la justicia administrativa se encuentra integrada por las leyes de procedimiento administrativo, los recursos administrativos, los medios para lograr la responsabilidad patrimonial de las autoridades administrativas, los organismos públicos que reciben quejas y reclamaciones por los afectados por la conducta administrativa de cualquier autoridad que lesione derechos e intereses legítimos y las instituciones que protegen los intereses o derechos difusos o transpersonales que resultan afectados por la autoridad

dos, con la finalidad que, de resultar afectados por un acto procedente de la administración pública, soliciten ante la propia autoridad responsable, el superior jerárquico o un órgano especial creado para ese efecto, la revocación, modificación o la nulidad de ese acto.

Los recursos administrativos como medios jurídicos que ponen en marcha el control de la administración han de sujetarse a una serie de elementos, los cuales constituyen los factores y la materia que les da vida. Dentro de estos elementos del recurso administrativo se encuentran los siguientes:

- El recurso administrativo debe estar legalmente establecido en una ley y puede ser desarrollado en una norma reglamentaria. Únicamente si el recurso está previsto en una ley puede considerarse formalmente impugnabile el acto administrativo.
- Que en la norma jurídica se indique la autoridad competente para conocer y resolver el recurso. Bajo el principio de legalidad, que dicta como máxima que los poderes públicos sólo pueden realizar aquello que la ley ordena, las disposiciones normativas que reglamenten el medio de impugnación deben ocuparse también de señalar al órgano que conocerá y resolverá el recurso administrativo, además de dotarlo de competencia e indicar sus atribuciones y responsabilidades en las que puede incurrir.
- Que se determine el plazo para interponer el recurso. Es necesario que en la ley o reglamento se establezca el plazo en el que ha de interponerse todo recurso administrativo, pues de no ser así dichos ordenamientos legales contravendrían el derecho de debido proceso administrativo.
- La existencia de un acto o resolución administrativa, lo cual constituye la base de la impugnación. A través de los recursos administrativos, es factible el impugnar las decisiones de la autoridad administrativa, para que la misma reconsidere sus actos o resoluciones que afectan la esfera jurídica de los particulares. Es importante señalar que únicamente podrán ser recurridas las resoluciones administrativas que reúnan los siguientes requisitos:
  - La resolución debe ser definitiva
  - Debe ser personal y concreta. La resolución debe dirigirse de manera necesaria a una persona perfectamente determinada, la cual sufre una

---

administrativa. Véase Fix Zamudio, Héctor, *Concepto y contenido de la justicia administrativa*, disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/4/1624/9.pdf> (fecha de consulta: 28 de octubre de 2017).

afectación en su esfera de derecho; pero, además, la referida resolución ha de tratarse de una situación específica.

- Que cause agravio. La resolución ha de lesionar el interés legítimo directo o indirecto. De acuerdo con el maestro Raúl Rodríguez Lobato, se entiende, por interés directo, cuando la resolución afecta a quien va dirigida. En tanto que se trata de interés indirecto cuando el afectado es persona distinta del titular de la resolución; pero que por su relación con éste, la ley le imputa responsabilidad en el cumplimiento de una obligación.<sup>2</sup>
- Que conste por escrito. Atento a lo establecido en el artículo 16 párrafo primero, de la Constitución Política federal, que consagra el principio de seguridad jurídica, todas las resoluciones de la autoridad administrativa deben constar por escrito, pues de no revestir tal formalidad, la autoridad estaría violando derechos humanos.

El resto de los requisitos que deben reunir los recursos administrativos son:

- Que se encuentre reglamentado todo un procedimiento de tramitación y resolución del recurso administrativo, en donde se comprendan la admisión del medio defensa, el ofrecimiento, admisión y desahogo de las pruebas, así como lo referente al dictado de la resolución y su ejecución.

Un aspecto fundamental en la justiciabilidad de los derechos que derivan de los sistemas de seguros sociales, lo es el cabal y oportuno cumplimiento de las resoluciones dictadas por los institutos de seguros sociales, al tratarse de una parte fundamental de los derechos de debido proceso y de tutela judicial efectiva, pues este último no culmina con el dictado de la resolución, sino involucra todo el proceso de ejecución de la misma.

- Que se concrete el término para la resolución del recurso, la cual debe motivarse y fundamentarse conforme a derecho, ocupándose de la situación planteada, pero, además, deberá ser notificada al particular.

A pesar de que en la práctica se acusa a la mayoría de los recursos administrativos de ser inadecuados e ineficaces, la creación de estos medios de defensa obedece a un doble propósito: por un lado, que las autoridades

<sup>2</sup> Rodríguez Lobato, Raúl, *Derecho fiscal*, México, Harla, 1986, p. 255.

puedan depurar y corregir sus actuaciones y omisiones, para evitar ser sujetos de una posible responsabilidad y, por otro lado, que los afectados estén en posibilidad de impugnar tales actos u omisiones que afectan sus derechos e intereses legítimos.

A lo anterior se adiciona que los medios de impugnación de índole administrativa posibilitan el ejercicio de los derechos sustantivos y procedimentales, dentro de los cuales sobresalen los derechos de audiencia y legalidad así como la revisión y debido cumplimiento de las decisiones administrativas.

## II. ANTECEDENTES DE LOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS PREVISTOS EN LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y SUS DISPOSICIONES REGLAMENTARIAS

Una vez conceptualizados los recursos administrativos y analizados sus elementos de existencia, para comprender las deficiencias e irregularidades que presentan la inconformidad, revocación y queja administrativa como medios para impugnar los actos u omisiones del Instituto Mexicano del Seguro Social que lesionan su esfera jurídica, resulta importante realizar una breve revisión histórica de los mismos.

El 19 de enero de 1943 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* la primera Ley del Seguro Social, en cuyo capítulo IX titulado del Procedimiento para Dirimir Controversias, artículos 133 y 134, se regulaba el establecimiento del recurso de inconformidad, el cual era interpuesto dentro de la administración propia del Instituto Mexicano del Seguro Social —en adelante IMSS—, por quienes tenían un interés directo, personal y legítimo en lo referente a la admisión al seguro, derecho a las prestaciones, cuantía de pensiones y subsidios, distribución de empresas por clases y grados de riesgo.<sup>3</sup> La autoridad encargada de resolver los casos de inconformidad, oyendo al interesado en el procedimiento administrativo, era el Consejo Técnico del IMSS.

Si bien del contenido del artículo 133 de la Ley del Seguro Social, promulgada el 31 de diciembre de 1942, no se desprendía la obligación de agotar previamente el recurso de inconformidad, en la Exposición de Motivos de este ordenamiento se estableció que una vez agotado el recurso administrativo, si la resolución dictada no satisfacía a los interesados, o bien, surgían otras controversias con motivo de la aplicación de esta ley, operaba la competencia de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje.<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Ley del Seguro Social, *Diario Oficial de la Federación*, 19 de enero de 1943, p. 10.

<sup>4</sup> Exposición de Motivos de la Ley del Seguro Social, Cámara de Diputados, p. 267.

Asimismo, la obligatoriedad de agotar el recurso de inconformidad se reforzaba con la interpretación que realizó la antigua Cuarta Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en los términos siguientes:<sup>5</sup>

SEGURO SOCIAL. INCONFORMIDAD RECURSO QUE DEBE AGOTAR ANTES DE ACUDIR ANTE LA JUNTA A DIRIMIR CONTROVERSIAS SURGIDAS ENTRE ASEGURADOS Y EL INSTITUTO. Antes de acudir ante la Junta a dirimir cuestiones surgidas entre asegurados y el Instituto sobre prestaciones que la ley relativa otorga, debe agotarse previamente el recurso de inconformidad a que se contraen los artículos 133 y 134 de la Ley del Seguro Social, a fin de que sea el Consejo Técnico del propio Instituto quien resuelva en definitiva, pues de no procederse así, no tan sólo no existe el presupuesto necesario que produce la competencia de la Junta, sino que carece de acción.

Una vez agotada la inconformidad, el artículo 134 de la Ley del Seguro Social disponía que las controversias en que fueran parte los asegurados o sus beneficiarios serían resueltas por la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje.<sup>6</sup>

Importante es mencionar que las organizaciones obreras plantearon la inconstitucionalidad del artículo 134 de la Ley del Seguro Social al considerar que en ningún ordenamiento del sistema jurídico mexicano se otorgaba competencia a la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje para conocer de las controversias de seguridad social. El otro agravio que se hizo valer en contra de la competencia de la mencionada autoridad laboral era lo referente a los gastos de traslado que debían erogar los asegurados y sus beneficiarios para trasladarse a la Ciudad de México donde residía la Junta Federal, además del pago de honorarios a las personas que los representaran en el juicio.

A pesar de que se propuso que se atribuyera competencia a las Juntas Centrales de Conciliación o a grupos especializados dentro de las Juntas Federales de Conciliación y Arbitraje para conocer y resolver las controversias de seguridad social, se decretó la constitucionalidad del artículo 134 de la Ley Seguro Social por determinarse que la competencia de la Junta Federal de Conciliación dimanaba del artículo 123 constitucional en donde, hasta el día de hoy, se consigna la expedición de la Ley del Seguro Social como de utilidad pública para proteger a la clase trabajadora, además de considerarse que el delegar el conocimiento de las controversias de seguridad social a otras autoridades

<sup>5</sup> 393937. 1044. Cuarta Sala. *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Séptima Época. Apéndice de 1995, t. V, Parte HO, p. 728.

<sup>6</sup> Ley del Seguro Social.

federales, sería demorar el procedimiento y menoscabar la conquista obrera sobre la competencia al respecto de las Juntas de Conciliación y Arbitraje.<sup>7</sup>

Tratándose de las controversias de los patrones, la competencia operaba en favor de los Juzgados de Distrito, pues con la finalidad de facilitar su exigibilidad,<sup>8</sup> por disposición del artículo 135 de la Ley del Seguro Social, el título donde constaba la obligación de pagar las aportaciones de seguridad social tenía el carácter de ejecutivo.<sup>9</sup>

No obstante que el artículo 133 de la Ley del Seguro Social de 1943 preveía la expedición de un reglamento en el que se fijarían los plazos y la forma de hacer valer el recurso de inconformidad, este ordenamiento se expidió hasta el 17 de noviembre de 1950. Ante tal omisión legislativa tenían aplicabilidad dos disposiciones reglamentarias. La primera de ellas era el Reglamento de la Ley del Seguro Social que disponía que en lo relativo a las inscripciones de patrones y trabajadores la inconformidad se haría valer presentando un escrito ante el Consejo Técnico en un plazo de 15 días siguientes a la fecha de la resolución combatida.

La segunda disposición que hacía referencia a la forma de interponer el recurso de inconformidad era el Reglamento sobre el Pago de Cuotas y Contribuciones, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 18 de abril de 1944, en cuyo artículo 17 preceptuaba que las resoluciones que pronunciara, el IMSS en relación con el pago de las cuotas podían ser recurridas por los patrones y los trabajadores interesados ante el Consejo Técnico del mismo Instituto en términos de lo dispuesto en el artículo 133 de la Ley del Seguro Social.<sup>10</sup> De acuerdo con este último ordenamiento, el recurso de inconformidad debía interponerse por escrito dentro de los 15 días hábiles siguientes a la fecha en que se hacía la resolución sobre el pago de cuotas.

Con motivo de la reforma realizada el 28 de febrero de 1949 al artículo 133 de la Ley del Seguro Social se amplían los supuestos de procedencia del recurso de inconformidad al decretarse su procedencia contra cualquier acto

<sup>7</sup> Exposición de Motivos de la Ley del Seguro Social.

<sup>8</sup> La reforma del artículo 135 de la Ley del Seguro Social, efectuada el 28 de noviembre de 1944, convirtió al Instituto Mexicano del Seguro Social en un organismo fiscal autónomo, lo cual trajo como consecuencia, aun cuando no lo estableció el artículo en comento, que la instancia jurisdiccional a la que los patrones debían recurrir una vez resuelto el recurso de inconformidad en su contra era el entonces Tribunal Fiscal de la Federación a través del juicio de nulidad.

<sup>9</sup> Ley del Seguro Social.

<sup>10</sup> Reglamento sobre el Pago de Cuotas y Contribuciones, *Diario Oficial de la Federación*, 18 de abril de 1944, p. 6.

del Instituto Mexicano del Seguro Social que lesionara los derechos de los asegurados, de sus beneficiarios y de los patrones.

Asimismo, esta reforma reafirmó con mayor claridad la obligatoriedad de agotar el recurso de inconformidad al estipularse en el artículo 134 de la Ley del Seguro Social que las controversias entre los asegurados y sus familiares beneficiarios y el IMSS sobre las prestaciones que dicha ley consignaba, se resolverían por la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, una vez agotado el recurso de inconformidad.<sup>11</sup>

Después de una vigencia de treinta años, la Ley del Seguro Social de 1943 fue abrogada con la entrada en vigor de la Ley del Seguro Social publicada en el *Diario Oficial de la Federación* del 12 de marzo de 1973. En este segundo ordenamiento el recurso de inconformidad se consigna en sus artículos 274 y 275. El primero de los dispositivos legales disponía lo siguiente:<sup>12</sup>

Artículo 274. Cuando los patrones y demás sujetos obligados, así como los asegurados o sus beneficiarios consideren impugnabile un acto definitivo del Instituto, acudirán en inconformidad, en la forma y términos que establezca el Reglamento, ante el Consejo Técnico, el que resolverá lo procedente.

El propio Reglamento establecerá procedimientos administrativos de aclaración y los términos para hacerlos valer, sin perjuicio del de inconformidad a que se refiere el párrafo anterior.

Las resoluciones, acuerdos o liquidaciones del Instituto que no hubieren sido impugnados en la forma y términos que señale el reglamento correspondiente, se entenderán consentidos.

De la transcripción se desprende que el artículo en análisis a pesar de ser similar al antiguo artículo 133 de la Ley de 1943, eliminó los conceptos de inscripción, cuantías, distribución de cuotas, liquidaciones, fijación de clases, capitales constitutivos por el término de acto definitivo del Instituto Mexicano del Seguro Social que se considere impugnabile, además de conceder a los sujetos obligados la facultad de inconformarse conforme al Decreto por el que se reforma el título del Reglamento del Artículo 133 de la Ley del Seguro Social que entró en vigor el 4 de agosto de 1979.

Uno de los aspectos que destaca dentro del artículo 274 de la Ley del Seguro Social es la creación del recurso de aclaración, cuya tramitación se

<sup>11</sup> Decreto que modifica la Ley del Seguro Social, *Diario Oficial de la Federación*, 28 de febrero de 1949, p. 10.

<sup>12</sup> Ley del Seguro Social, *Diario Oficial de la Federación*, 12 de marzo de 1973.

realizaba conforme al Reglamento para el Pago de Cuotas y Contribuciones del Régimen del Seguro Social.

El otro cambio importante es el referente a la resolución del recurso de inconformidad por parte de los Consejos Consultivos Delegacionales a partir del 1o. de agosto de 1979 por disposición de los acuerdos 1455/79 y 7239/79, dictados por el Consejo Técnico del IMSS en correlación con los artículos 2o., 4o., 17, 18 y 19 del Decreto de Reformas a la Ley del Seguro Social de 1973, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 28 de diciembre de 1984.

Por su parte, el artículo 275 de la Ley del Seguro Social preceptuaba que las controversias entre los asegurados o sus beneficiarios y el Instituto, sobre las prestaciones que esta ley otorga, podían ventilarse ante la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, sin necesidad de agotar previamente el recurso de inconformidad que establece el artículo anterior.<sup>13</sup>

Como puede advertirse, es este último precepto que le atribuye al recurso de inconformidad la calidad de medio de defensa optativo para los asegurados o beneficiarios, quienes podían acudir directamente a la vía jurisdiccional para impugnar aquellos actos u omisiones del IMSS, sin necesidad de agotar la vía de la inconformidad administrativa. En el caso del patrón o sujetos obligados que se asimilaban a él, era necesario agotar el recurso de inconformidad antes de interponer el juicio de nulidad.

Ahora bien, en lo concerniente al recurso de revocación su regulación nunca se ha consignado en la Ley del Seguro Social. El primer reglamento del recurso de inconformidad, que data del 17 de noviembre de 1950, disponía en su artículo 26 que contra las resoluciones de la Secretaría General en materia de admisión del recurso de inconformidad y de las pruebas ofrecidas, procedía el recurso de revocación ante el Consejo Técnico, el cual debía interponerse dentro del término de tres días siguientes a la notificación del acto recurrido.

Con la entrada en vigor del Decreto por el que se reforma el título del Reglamento del Artículo 133 de la Ley del Seguro Social, publicado en el *Diario Oficial* del 3 de agosto de 1979, se amplió la procedencia del recurso de revocación al decretarse en el artículo 26 que su interposición podía tener lugar contra las resoluciones dictadas por el secretario general del Instituto Mexicano del Seguro Social o el secretario del Consejo Consultivo Delegacional.

Finalmente, por lo que respecta a la queja administrativa, este medio de defensa fue creado con la finalidad de resolver por la vía de la conciliación las

---

<sup>13</sup> *Idem.*

pretensiones procedentes de los quejosos, para evitar en lo posible resoluciones condenatorias de instancias judiciales, recomendaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos o de cualquier otro órgano extra institucional, que provocaran una afectación económica o de imagen al IMSS.

El Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social a través del Acuerdo 4/86 aprobó el 8 de enero de 1986 la creación de la Jefatura de Servicios de Orientación y Quejas y de Evaluación, que con base en las Normas Básicas para el Trámite y la Resolución de las Quejas ante el IMSS, se pronunciaba sobre las quejas administrativas interpuestas por los derechohabientes en contra de este organismo de salud.

Con motivo de la desconcentración de funciones contempladas en las modificaciones a la Ley del Seguro Social que fueron publicadas en el *Diario Oficial de la Federación* del 29 de diciembre de 1994, el Consejo Técnico del IMSS mediante Acuerdo 322/95, tomado en la sesión del 28 de junio de 1995 con base en las facultades y las atribuciones que le confieren los artículos 240, fracciones VII, VIII, y 253, fracción VI, de la Ley del Seguro Social de 1973 para la tramitación y resolución de las quejas administrativas, emitió un instructivo que se componía de 30 artículos, orientados básicamente a establecer un procedimiento interno que prescribía la manera de atender las quejas de los derechohabientes del IMSS.

Con la entrada en vigor de la actual Ley del Seguro Social en el artículo 296 se consignó el recurso de queja administrativa en los términos siguientes:<sup>14</sup>

Artículo 296. El asegurado, sus derechohabientes, el pensionado o sus beneficiarios 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 impugnabile 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 corresponderá al Consejo Técnico, a los Consejos Consultivos Regionales, así como a los Consejos Consultivos Delegacionales, en los términos que establezca el instructivo respectivo.

El ordenamiento que regulaba el procedimiento administrativo para presentar una queja por insatisfacciones, o violaciones a los derechos de los usua-

<sup>14</sup> Ley del Seguro Social, *Diario Oficial de la Federación* del 21 de diciembre de 1995.

rios de servicios institucionales del IMSS se expidió el 1o. de julio de 1997, bajo el nombre de Reglamento para el Trámite y Resolución de las quejas administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social. Esta disposición reglamentaria, aprobada mediante Acuerdo número 401/96 del Consejo Técnico del IMSS durante la sesión celebrada el 23 de octubre de 1996, fue publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 30 de junio de 1997 y quedó abrogada ante la publicación del Instructivo para el trámite y resolución de las quejas administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social que fue aprobado por el Consejo Técnico mediante Acuerdos 224/2004 y 359/2004, dictados en las sesiones del 19 de mayo y 14 de julio de 2004, respectivamente, y a cuyo estudio nos avocaremos en el apartado VII de esta obra.

### III. EL RECURSO DE INCONFORMIDAD ANTE EL IMSS

La Ley del Seguro Social —publicada en el *Diario Oficial de la Federación* del 21 de diciembre de 1995—,<sup>15</sup> regula en sus artículos 294 y 295 al recurso de inconformidad como un medio de defensa de carácter administrativo.

De acuerdo con el artículo 294 de la Ley del Seguro Social y el Reglamento del Recurso de Inconformidad, la facultad de inconformarse corresponde a los asegurados, beneficiarios, patrones y los sujetos obligados cuando consideren impugnabile algún acto definitivo del Instituto Mexicano del Seguro Social que afecte sus derechos.

Los requisitos que debe cumplir el escrito de inconformidad, conforme a lo previsto en los artículos 4o. y 6o. del Reglamento del artículo 294 de la Ley del Seguro Social, son los siguientes:<sup>16</sup>

- Nombre y firma del recurrente, domicilio para oír y recibir notificaciones, el número de registro patronal o de seguridad social, según se trate de inconformidades presentadas por los patrones o los asegurados, respectivamente.

---

<sup>15</sup> La Ley del Seguro Social, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 21 de diciembre de 1995, originalmente debía iniciar su vigencia el 1o. de enero de 1997, sin embargo, por Decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 21 de noviembre de 1996, se reformó el párrafo primero del artículo primero transitorio de la Ley del Seguro Social y se dispuso que ésta entraría en vigor el 1o. de julio de 1997.

<sup>16</sup> Artículos 4o. y 6o. del Reglamento del Recurso de Inconformidad.

En el supuesto de que el promovente no sepa o no pueda firmar o estampar su huella digital, lo podrá realizar otra persona en su nombre. Tratándose de persona moral debe señalarse la razón social o denominación.

- Acto que se impugna y, en su caso, número y fecha de la resolución, número de crédito, periodo e importe, autoridad emisora del acto recurrido y la fecha de su notificación, pues el recurso de inconformidad se debe interponer dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que surta efectos la notificación del acto definitivo recurrido.

La presentación extemporánea del escrito de inconformidad genera la improcedencia del medio de defensa, y de comprobarse la extemporaneidad durante el procedimiento se decretará el sobreseimiento.

- Hechos que originan la impugnación.
- Agravios que le cause el acto impugnado.
- Pruebas que se ofrezcan, relacionadas con el acto impugnado.
- Dirigirse al Consejo Consultivo Delegacional del Instituto Mexicano del Seguro Social correspondiente (en adelante IMSS).

Tratándose de inconformidades interpuestas por los patrones contra valuaciones actuariales de sus contratos colectivos de trabajo, hechas por el IMSS, además de los requisitos mencionados, es necesario indicar el número de registro patronal, expresar el nombre o razón social y domicilio del empleador o, en su caso, del sindicato de trabajadores que es titular del contrato colectivo de trabajo, así como el domicilio en donde pueden ser notificados. En este supuesto de procedencia, los promoventes están obligados a exhibir una copia más de su escrito de inconformidad por cada uno de los sindicatos o patrones que deban ser llamados por el Consejo Consultivo Delegacional.

Por su parte, el artículo 5o. del Reglamento del Recurso de Inconformidad establece como documentos que deben anexarse al escrito de inconformidad, los siguientes:<sup>17</sup>

- El documento en que conste el acto impugnado.
- Original o copia certificada de los documentos que acrediten la personalidad del representante legal. Cuando los asuntos interpuestos por

---

<sup>17</sup> *Idem.*

personas físicas no excedan de mil veces el salario mínimo general vigente en el Distrito Federal bastará con la presentación de una carta poder firmada por el otorgante ante dos testigos. Si excede de ese monto o de actuar como representante legal de una persona moral se deberá exhibir poder notarial.

- Constancia de notificación del acto impugnado. El promovente se libera de este requisito cuando declara, bajo protesta de decir verdad, que el personal del IMSS le practicó la notificación del acto impugnado, pero omitió entregarle la constancia de la diligencia realizada.
- La exhibición de las pruebas documentales que acrediten la procedencia de las acciones intentadas por el recurrente. En caso de que los documentos no obren en poder del promovente, pero legalmente se encuentran a su disposición,<sup>18</sup> deberá identificarlos con precisión, señalar el lugar o archivo en que se ubiquen y acompañar la copia de la solicitud de los mismos, sellada de recibida por la autoridad en cuyo poder obren.

Tratándose de las pruebas documentales que obren en poder del IMSS, el secretario del Consejo Consultivo Delegacional, a petición del promovente, y previa identificación de los documentos, ordenará a las dependencias correspondientes su remisión para que sean integradas al expediente abierto con motivo de la inconformidad.

En lo concerniente a este último requisito se considera innecesaria su inclusión en la fracción IV del artículo 5o. del Reglamento del Recurso de Inconformidad, al exigirse en el artículo 4o. del mismo ordenamiento legal, el ofrecimiento de las pruebas relacionadas con el acto impugnado, dentro de las cuáles se encuentran las documentales, cuya exhibición necesariamente debe concretarse por su oferente para que proceda su admisión.

La inobservancia a los mencionados requisitos o la falta de presentación de la documentación provocará que el Secretario del Consejo Consultivo Delegacional señale al recurrente los defectos u omisiones del escrito de inconformidad y lo aperciba que de no proceder a corregirlo, aclararlo o completarlo, dentro del término de cinco días contados a partir de que surta efectos la notificación del requerimiento, se desechará de plano el medio de impugnación interpuesto.

---

<sup>18</sup> Se entiende que el recurrente tiene a su disposición los documentos, cuando legalmente pueda obtener copia autorizada de los originales o de las constancias de éstos.

En caso contrario, si la inconformidad cumple con todos los requisitos y se acompaña de la documentación requerida o el recurrente subsanó las deficiencias y omisiones indicadas en el requerimiento formulado, conforme a lo establecido en los artículos 251, fracción XXXIV, y 294 de la Ley del Seguro Social; la fracción VIII del artículo 92 del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; el artículo 2o. del Reglamento del Recurso de Inconformidad y el acuerdo 301/99 del 2 de junio de 1999,<sup>19</sup> el correspondiente Consejo Consultivo Delegacional deberá notificar personalmente al recurrente la admisión de la inconformidad interpuesta y procederá a requerir los informes conducentes a las dependencias del IMSS, quienes deberán rendirlos en el término de diez días naturales.

Presentados los informes procede la apertura de la etapa probatoria, en la que previo examen de las pruebas aportadas por las partes, el secretario del Consejo Consultivo Delegacional admitirá aquéllas que se relacionen con la controversia y no sean contrarias al derecho o a la moral. Para el desahogo de las probanzas que lo ameriten se indicará día y hora para que tenga lugar su celebración, lo cual deberá producirse dentro de los quince días siguientes a su admisión, aunque existe la posibilidad que dicha etapa pueda prorrogarse por una sola vez y por un término igual.

Los medios probatorios que ameritan un desahogo especial son la pericial, la inspección y la testimonial. En el caso de la prueba pericial, el oferente deberá presentar ante la autoridad instructora al perito en un plazo de cinco días contados a partir del siguiente a aquél en que surta efectos la notificación del auto admisorio, a fin de que acepte y proteste el cargo. Por su parte, el perito exhibirá su dictamen dentro de los quince días siguientes al de su aceptación. Este plazo podrá ampliarse en los siguientes casos:<sup>20</sup>

- Si antes de vencerse el plazo de quince días, el recurrente solicita la sustitución de su perito, señalando el nombre y domicilio de la persona propuesta. En este caso el nuevo perito deberá ser presentado por su oferente para que acepte el cargo en un plazo de cinco días contados a partir del siguiente a aquél en que surta efectos la notificación del auto que tuvo por sustituido al anterior perito, debiendo rendir su dictamen dentro de los quince días siguientes al de la aceptación.

<sup>19</sup> El Acuerdo dictado el 2 de junio de 1999 por el Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el 14 de septiembre de 1999.

<sup>20</sup> Fracción II del artículo 17 del Reglamento del Recurso de Inconformidad.

— Cuando esté por finalizar el término señalado para el desahogo de la prueba pericial y no se pueda llevar a cabo debido a causas no imputables al oferente o por una especial complicación de la probanza. En este supuesto el secretario del Consejo Consultivo Delegacional a petición del interesado, señalará por una sola vez, un nuevo día y hora para el desahogo de la pericial.

En lo concerniente a la prueba de inspección, la fracción III del artículo 17 del Reglamento del Recurso de Inconformidad, sólo dispone que su ofrecimiento se realizará estableciendo los puntos sobre los que deba versar la probanza y que la misma será desahogada por la persona que designe el secretario del Consejo Consultivo Delegacional.<sup>21</sup>

Tratándose de la prueba testimonial se ofrecerá indicando los nombres y domicilios de los testigos, quienes deberán ser presentados por el oferente, salvo que los testigos sean personal del IMSS o que el oferente declare, bajo protesta de decir verdad, que está impedido para presentarlos. El interrogatorio podrá presentarse por escrito o formularse de manera oral el día y hora señalado para el desahogo de la probanza.<sup>22</sup>

Al concluir el desahogo de todos los medios probatorios, el secretario del Consejo Consultivo Delegacional elaborará el proyecto de resolución, dentro del término de treinta días,<sup>23</sup> y lo someterá a la discusión y votación del Consejo Consultivo Delegacional correspondiente o del Consejo Técnico, quien en su carácter de órgano superior del IMSS, se pronuncia sobre los recursos de inconformidad de importancia y trascendencia así como aquéllos interpuestos en contra de las resoluciones que dicten los Consejos Consultivos Regionales en el ámbito de su competencia.

La resolución que ponga fin al recurso de inconformidad deberá pronunciarse por unanimidad o mayoría de votos del Consejo Consultivo Delegacional dentro del término de quince días. Cada uno de los sectores obrero, patronal y gubernamental que integran el Consejo Consultivo tendrán derecho a un voto, pero en caso de existir empate en la primera votación se repetirá ésta y si resultare empate por segunda vez, el presidente del Consejo respectivo tendrá voto de calidad para decidir la contienda.<sup>24</sup>

---

<sup>21</sup> *Idem.*

<sup>22</sup> *Idem.*

<sup>23</sup> *Idem.*

<sup>24</sup> *Idem.*

Los integrantes del Consejo Consultivo Delegacional tendrán a su cargo la firma de la resolución, la cual será certificada por el secretario del Consejo Consultivo Delegacional. La certificación deberá contener el número de acuerdo y la fecha de la sesión en que se aprobó.

Una vez autorizada la resolución, será devuelta a la dependencia tramitadora del recurso para su notificación dentro de los cinco días siguientes a la fecha de su firma. La ejecución de la resolución deberá efectuarse en el término de los quince días, salvo que el secretario del Consejo Consultivo ampliare el plazo.

El proyecto de resolución podrá ser vetado por el presidente del Consejo Consultivo Delegacional cuando inobserve las disposiciones de la Ley del Seguro Social y sus diversos reglamentos, no se ajuste a los acuerdos del Consejo Técnico o a los lineamientos generales que emita el IMSS.<sup>25</sup>

El efecto del veto será suspender la aprobación del proyecto de resolución, el cual acompañado del expediente administrativo de inconformidad será remitido en un plazo de cinco días por el secretario del Consejo Consultivo Delegacional al secretario general del IMSS para que este último elabore un nuevo proyecto que será sometido al Consejo Técnico para que resuelva en definitiva el recurso interpuesto.<sup>26</sup>

#### IV. PROBLEMÁTICA QUE PRESENTA EL RECURSO DE INCONFORMIDAD

El recurso de inconformidad —cuyo origen se encuentra en la Ley del Seguro Social de 1943— presenta las características siguientes:

- Es un recurso administrativo regulado en los artículos 294 y 295 de la Ley del Seguro Social y en el Reglamento del Recurso de Inconformidad.
- Procede contra actos definitivos del IMSS que lesionen los derechos o intereses legítimos de los derechohabientes, patrones y sujetos obligados.
- Su agotamiento es de carácter potestativo<sup>27</sup> para los sujetos que tienen la facultad de inconformarse, quienes pueden acudir ante las autoridades

---

<sup>25</sup> *Idem.*

<sup>26</sup> *Idem.*

<sup>27</sup> Al entrar en vigor la Ley del Seguro Social el 1o. de julio de 1995 el recurso de inconformidad tenía el carácter de obligatorio, es decir, previo a la interposición de la demanda ante la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje o el juicio de nulidad ante el antiguo Tribunal Fiscal de la Federación. Con la reforma publicada en el *Diario Oficial* del 20 de diciembre de 2001

laboral<sup>28</sup> o fiscal de manera directa sin necesidad de agotar previamente el recurso de inconformidad.

- Es resuelto por los Consejos Consultivos Delegacionales del IMSS. Las inconformidades catalogadas por el IMSS como de trascendencia serán resueltas por el Consejo Técnico.
- Se resuelven controversias de índole fiscal y de seguros sociales. Dentro de los actos que se recurren a través del recurso de inconformidad sobresalen los siguientes:

Patrones o sujetos obligados.

- Irregularidades en liquidaciones.
- Irregularidades en actas de visita.
- Irregularidades en afiliaciones.
- Irregularidades de Oficinas para Cobros.
- Liquidación de cuotas de la construcción.
- Liquidaciones por capitales constitutivos.
- Liquidaciones de recargos (por pago extemporáneo).
- Dictamen de sustitución patronal.
- Dictamen modificación de riesgo.
- Dictamen reclasificación.
- Actualización de recargos.
- Dictamen de ratificación de clase.
- Dictamen de responsabilidad solidaria.
- Liquidación por diferencias del seguro de riesgos de trabajo.
- Liquidación de reversión de cuotas.
- Multas por pago de cuotas.
- Multas por avisos afiliatorios.

---

el recurso de inconformidad adquiere la calidad de optativo, por lo que los derechohabientes pueden elegir entre la instancia administrativa o la vía jurisdiccional.

<sup>28</sup> Con motivo de la reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación* del 24 de febrero de 2017 mediante la cual se aprobó la extinción de las Juntas Federales de Conciliación y Arbitraje deberá reformarse el artículo 295 de la Ley del Seguro Social para que se establezca el nuevo organismo jurisdiccional encargado de resolver las controversias entre el IMSS y sus derechohabientes. El problema es que ese ente carecerá de competencia, pues la fracción XX, apartado A del artículo 123 constitucional, sólo dispone que la resolución de las diferencias o los conflictos entre trabajadores y patrones estará a cargo de los tribunales laborales del Poder Judicial de la Federación o de las entidades federativas, pero es omisa respecto de la interposición, tramitación y resolución de los conflictos individuales de seguridad social. Sobre este tema véase Martínez Martínez, Verónica Lidia, “Repercusiones de la reforma laboral en los conflictos de seguridad social”, *Letras Jurídicas*, número 37, enero-junio de 2018.

- Multas por determinación del grado de riesgo.
- Multas por determinación de la situación fiscal.

Asegurados o beneficiarios.

- Ayuda para gastos de matrimonio.
- Ayuda de gastos de funeral.
- Calificación de profesionalidad del riesgo.
- Valuaciones de incapacidad.
- Reintegro de gastos médicos.
- Pensiones.

Partiendo de la admisión del recurso de inconformidad, uno de los aspectos que en gran medida contribuye a la ineficacia de este medio de impugnación es la laguna legal que existe en la conceptualización del término “acto definitivo emitido por el Instituto Mexicano del Seguro Social” que lesione los derechos de los asegurados, beneficiarios, pensionados, patrones y demás sujetos obligados.

El artículo 133 de la primigenia Ley del Seguro Social —publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 19 de enero de 1943— establecía que el recurso de inconformidad era procedente tratándose de la inscripción en el seguro; derecho a prestaciones por cuantía de subsidios y pensiones; distribución de aportes por valuaciones actuariales, liquidaciones de cuotas, fijación de clases o grados de riesgo; pago de capitales constitutivos, así como cualquier acto del Instituto que lesionara derechos de asegurados, de sus beneficiarios o de los patrones sujetos al régimen obligatorio del seguro social.<sup>29</sup>

Al delimitarse en la primera Ley del Seguro Social aquellos actos del IMSS que eran objeto del recurso de inconformidad, la admisión de este medio de defensa no generaba controversia alguna. A diferencia de su antecesora, la actual Ley del Seguro Social, al ser omisa en definir la multívoca expresión “acto definitivo” genera falta de certeza jurídica respecto a la determinación de las actuaciones del IMSS que serán admisibles, tramitables y resueltas a través del recurso de inconformidad.

En lo concerniente a la definición de acto definitivo, Polo Ojeda y Díaz Rivadeneyra lo definen como todo acto del Instituto Mexicano del Seguro Social que implique una resolución con plenos efectos jurídicos de una cuestión sometida al conocimiento del mismo en algunas de sus dependencias o servicios.<sup>30</sup>

<sup>29</sup> Ley del Seguro Social.

<sup>30</sup> Polo Ojeda, Rafael y Díaz Rivadeneyra, Carlos, *Nuevo reglamento del artículo 274 de la Ley*

De acuerdo con Ángel Guillermo Ruiz Moreno, la palabra “definitivo” es un adjetivo que alude al carácter permanente de un acto determinado, que trasciende después del todo, y por ende, dicho adjetivo utilizado desde la óptica jurídica se refiere a algo que decide, resuelve o concluye en último término, entendiéndose entonces que ya no hay forma de lograr su revocación, modificación, alteración, anulación o dejar sin efectos el acto aludido, ni por parte del particular que lo resiente ni por quien lo emite, a menos que se utilicen los mecanismos legales específicamente creados para ello.<sup>31</sup>

Por su parte, el penúltimo párrafo del artículo 3o. de la Ley Orgánica del Tribunal Federal de Justicia Administrativa dispone que las resoluciones se considerarán definitivas cuando no admitan recurso administrativo o cuando la interposición de éste sea optativa.<sup>32</sup>

En igual tenor, los Tribunales Colegiados de Circuito han considerado que el acto definitivo en materia administrativa tiene lugar cuando no es susceptible de ser impugnado por un medio ordinario de defensa, independientemente de que la resolución dictada por la autoridad constituya un acto de mero trámite o que haya decidido sobre la cuestión sustancial.<sup>33</sup>

Por su parte, el artículo 39 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo dispone:

Toda notificación deberá efectuarse en el plazo máximo de diez días, a partir de la emisión de la resolución o acto que se notifique, y deberá contener el texto íntegro del acto, así como el fundamento legal en que se apoye con la indicación si es o no definitivo en la vía administrativa, y en su caso, la expresión del recurso administrativo que contra la misma proceda, órgano ante el cual hubiera de presentarse y plazo para su interposición.

De lo anterior se advierte que por acto definitivo puede entenderse: i) aquél que por ministerio de ley no admite medio de impugnación; ii) algunos actos de los destacados en las diversas fracciones del artículo 3o. de la Ley

---

*del Seguro Social. El recurso de inconformidad teoría y práctica con un breve estudio de las defensas jurídicas del particular en el régimen interno del Seguro Social*, México, Confederación Patronal de la República Mexicana, 1979, p. 333.

<sup>31</sup> Ruiz Moreno, Ángel Guillermo, *La impugnación legal de los actos definitivos del seguro social en México*, México, Porrúa, 2012, p. 463.

<sup>32</sup> Ley Orgánica del Tribunal Federal de Justicia Administrativa.

<sup>33</sup> Tesis Aislada (Administrativa), *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Octava Época, t. III, segunda parte-2, enero-junio de 1989, p. 969.

Federal de Procedimiento Administrativo, o *iii*) el que la autoridad le indica al particular que tiene ese carácter al notificarle un acto.

De esta manera, ante la complejidad que presenta el término “acto definitivo” y la ausencia de una norma dentro de la Ley del Seguro Social y sus disposiciones reglamentarias que lo defina y delimite, el IMSS ha realizado las acciones siguientes:

- La emisión de diversos oficios circulares que hacen interpretaciones particulares de lo que debe entenderse por acto definitivo.
- Que el Consejo Consultivo Delegacional decida de manera discrecional cuando un acto emitido por el IMSS presenta la característica de definitividad.

Teniendo en cuenta la discrecionalidad que impera en la admisión del recurso de inconformidad aunado a la exigencia de múltiples requisitos y la sujeción a un procedimiento lleno de formalidades, el recurso de inconformidad se erige como un medio de defensa inaccesible para el derechohabiente que no sólo contraviene la naturaleza de los recursos administrativos como mecanismos tendientes a facilitar la protección jurídica de los particulares frente a los actos de la administración pública, sino inobserva los principios de sencillez y celeridad procesal que deben imperar en este tipo de medios de impugnación.

A lo anterior se adiciona que para combatir vía inconformidad los actos u omisiones lesivos del IMSS es necesario tener conocimiento del derecho administrativo, derecho civil, derecho laboral, derecho de la seguridad social, derecho fiscal, derecho bancario y bursátil ante el paradigma de índole privado que impera en el esquema de pensiones previsto en la Ley del Seguro Social y sus disposiciones reglamentarias.

Por supuesto, dentro de la tramitación del recurso de inconformidad, es prioritaria la modificación de la inadecuada y deficiente reglamentación que existe respecto del ofrecimiento, admisión y desahogo de las pruebas documental, testimonial, pericial, inspección dentro del Reglamento del Recurso de Inconformidad aunado a la necesidad de reglamentar las pruebas presuncional, instrumental y los avances de la ciencia y la tecnología dentro de este ordenamiento legal con la finalidad de lograr el esclarecimiento de los hechos y una mayor justicia en el dictado de los fallos.

La reglamentación de los medios probatorios es fundamental para que exista un recurso administrativo, además de constituir un elemento básico de

los derechos de tutela efectiva y debido proceso que deben imperar en todo procedimiento administrativo.

Concretamente el derecho a la tutela efectiva se integra por tres etapas, bien definidas, que son: *i*) una previa que inicia con la presentación del medio de defensa dirigido a las autoridades administrativas y que motiva un pronunciamiento por su parte; *ii*) la procedimental, que como su nombre indica, comienza desde la admisión del recurso, hasta la última actuación del procedimiento, y *iii*) una posterior referente a la ejecución de las resoluciones.

Es justamente en la segunda etapa, vinculado al derecho a la tutela efectiva, en que deben respetarse las formalidades esenciales que conforman el derecho al debido proceso, a fin de que exista la oportunidad de defensa previa a la afectación o modificación jurídica que puede provocar el acto de autoridad, en la que es crucial el ofrecimiento y desahogo de pruebas para apoyar o desvirtuar las pretensiones reclamadas por el recurrente.

Los otros aspectos dignos de consideración referentes a la tramitación y resolución de los casos de inconformidad son la parcialidad y demora en el dictado de la sentencia. Para abordar estos dos serios inconvenientes tenemos que del periodo comprendido del 1o. de enero al 31 de diciembre de 2016 fueron interpuestos un total de 23,803 recursos de inconformidad, de los cuales se resolvieron un total de 19,093 asuntos y quedaron pendientes de resolverse 4,710. El sentido de los recursos resueltos fue el siguiente:

CUADRO 1. Recursos de inconformidad interpuestos en las 35 delegaciones del IMSS del periodo comprendido del 1o. de enero al 31 de diciembre de 2016

| Fundados | Infundados | Desistidos | Desechados | Improcedentes | Incompetencia | Sobreseídos |
|----------|------------|------------|------------|---------------|---------------|-------------|
| 3,732    | 7,654      | 59         | 3,589      | 2,613         | 954           | 492         |

FUENTE: Información Estadística Delegacional. Módulo de Inconformidades que forma parte del Sistema de Seguimiento de casos de la Dirección Jurídica y Jefaturas de Servicios Jurídicos Delegacionales del IMSS.

Y del periodo comprendido del 1o. de enero al 25 de julio de 2017 fueron interpuestos un total de 11,169 recursos de inconformidad, de los cuales se resolvieron un total de 6,198 asuntos y quedaron pendientes de resolverse 4,971. El sentido de los recursos resueltos fue el siguiente:

CUADRO 2. Recursos de inconformidad interpuestos en las 35 delegaciones del IMSS del período comprendido del 1° de enero al 25 de julio de 2017

| Fundados | Infundados | Desistidos | Desechados | Improcedentes | Incompetencia | Sobreseídos |
|----------|------------|------------|------------|---------------|---------------|-------------|
| 1,186    | 2,669      | 17         | 1,280      | 791           | 114           | 141         |

FUENTE: Información Estadística Delegacional. Módulo de Inconformidades que forma parte del Sistema de Seguimiento de casos de la Dirección Jurídica y Jefaturas de Servicios Jurídicos Delegacionales del IMSS.

Para los fines de esta investigación, las anteriores cifras evidencian los siguientes inconvenientes. El primer problema reside en el excesivo número de recursos de inconformidad que son desechados, improcedentes y sobreseídos a causa del incumplimiento del cúmulo de requisitos que deben observarse para su admisión acompañados de las diversas y múltiples causales de improcedencia, lo que dificulta el acceso a la justicia administrativa y resta eficacia a este medio de impugnación.

El otro gran problema que se advierte es que la mayoría de los recursos son infundados. Un factor que pone en entredicho la imparcialidad de las resoluciones dictadas en inconformidad es la subordinación que existe entre el IMSS y sus empleados de confianza adscritos al Consejo Técnico o a los distintos Consejos Consultivos Delegacionales, quienes auxiliados por los Servicios Jurídicos Delegacionales, resuelven los conflictos de los que son parte demandada ante inconformidades planteadas por los derechohabientes o incluso actúan como parte actora cuando la controversia es de índole fiscal.

Siendo la independencia y la imparcialidad dos notas fundamentales del debido proceso, las que se encuentran plasmadas en nuestro texto constitucional como en los tratados internacionales que forman parte del sistema jurídico mexicano,<sup>34</sup> tal como acontece en países como Alemania, España, Francia, Italia, Argentina, Canadá y Estados Unidos, la resolución de los conflictos por actos u omisiones del IMSS debiera encomendarse a órganos especializados independientes de este organismo descentralizado de salud para soslayar su calidad de juez y parte que reúne al pronunciarse sobre el fondo del recurso administrativo de inconformidad.

Finalmente, las estadísticas evidencian que en sede administrativa no hay una tutela efectiva de los derechos de seguridad social, debido al rezago que existe en la resolución de los recursos de inconformidad, no obstante, que un

<sup>34</sup> Artículo 8o. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

número importante de los reclamos al estar directamente vinculados con el derecho a la vida y a la salud requieren de una impartición de justicia pronta para los grupos, que en su mayoría vulnerables, los reclaman para hacer frente a padecimientos de orden general o profesional, así como a la cesantía o vejez.

## V. EL RECURSO DE REVOCACIÓN

El Reglamento del Recurso de Inconformidad en su artículo 31 crea el recurso de revocación como un medio de defensa en favor de los patrones, sujetos obligados, asegurados, pensionados y beneficiarios en contra de las resoluciones pronunciadas por el secretario del Consejo Consultivo Delegacional en materia de admisión o desechamiento del recurso de inconformidad o de las pruebas ofrecidas en este medio de defensa.

Siendo definido por el IMSS como la acción procesal que produce consecuencias jurídicas, teniendo por objeto corregir defectos contenidos en las resoluciones administrativas,<sup>35</sup> el recurso de revocación debe realizarse por escrito dentro del término de tres días siguientes a aquel en que surta sus efectos la notificación del acto recurrido.

Por disposición del artículo 31 del Reglamento del Recurso de Inconformidad, los únicos requisitos que debe reunir el escrito de revocación son la expresión de los argumentos encaminados a la anulación del acto impugnado.<sup>36</sup> En la siguiente sesión del Consejo Consultivo Delegacional se resolverá de plano el recurso de revocación interpuesto en tiempo y legal forma.

## VI. INCONSTITUCIONALIDAD DEL RECURSO DE REVOCACIÓN

De acuerdo con el artículo 89, fracción I, constitucional, el ejecutivo federal está facultado para expedir normas reglamentarias que tiendan a la ejecución de las leyes emanadas del Congreso de la Unión. Haciendo uso de esta facultad, el Reglamento del Recurso de Inconformidad fue expedido por el presidente de la República.

A pesar de que las normas reglamentarias son de similar naturaleza a las leyes emanadas del Poder Legislativo, en virtud de tratarse de disposiciones

---

<sup>35</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social, *Manual de términos administrativos*, México, IMSS, 1979, p. 56.

<sup>36</sup> Artículo 31 del Reglamento del Recurso de Inconformidad.

generales y abstractas, impersonales y de observancia obligatoria, también es verdad que se distinguen de aquéllas, en los siguientes aspectos:

- Existe una distinción formal, que consiste en que la ley es un acto legislativo que deriva del Congreso; mientras el reglamento es un acto unilateral administrativo expedido por el Poder Ejecutivo.
- El reglamento no es emitido bajo el mismo procedimiento de la ley. El acto legislativo implica un rígido y largo procedimiento, comprendiendo diversas etapas que se encuentran determinadas en los artículos 71 y 72 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En cambio, el procedimiento de formación de los reglamentos es más expedito, puesto que el único requisito que se exige para su validez, es el refrendo ministerial y su publicación en el *Diario Oficial de la Federación*.
- La existencia del principio de preferencia o primacía de la ley. De acuerdo con este principio, las disposiciones contenidas en una ley no pueden ser modificadas por un reglamento. El principio de preferencia, cuyo reconocimiento obra en el inciso F del artículo 72 constitucional, al basarse en la autoridad formal de las leyes dispone que en la interpretación, reforma o derogación de las leyes o decretos se observarán los mismos trámites establecidos para su formación.

Las anteriores disimilitudes sirven de sustento para que la Constitución imponga ciertas limitaciones a la facultad reglamentaria. Entre las que interesa destacar, se encuentran el principio de reserva de ley y el principio de subordinación a la ley.

Como aplicación del principio más general de legalidad, el principio de reserva de ley —desde su aparición como reacción al poder ilimitado del monarca hasta su formulación en las Constituciones modernas en aras de preservar los bienes jurídicos de mayor valía de los gobernados— impone una doble obligación.<sup>37</sup>

El primero de los deberes se dirige al Poder Ejecutivo para que se abstenga de reglamentar las materias que de manera expresa la Constitución reserva a

---

<sup>37</sup> Sentencia y votos concurrentes y de minoría, relativos a la controversia constitucional 22/2001, promovida por el Congreso de la Unión en contra del presidente constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, del secretario de energía, de la Comisión Reguladora de Energía y del secretario de gobernación, *Diario Oficial de la Federación*, 3 de junio de 2001, disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_to\\_imagen\\_fs.php?codnota=727597&fecha=03/06/2002&cod\\_diario=28649](http://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=727597&fecha=03/06/2002&cod_diario=28649) (fecha de consulta: 20 de noviembre de 2017).

la ley en sentido material y formal. En tanto que el segundo deber se impone al Poder Legislativo para que no haga una remisión en blanco al Ejecutivo, sino debe regular, al menos en sus aspectos esenciales, la materia que la Constitución le ha designado mediante una ley, y no por alguna otra disposición normativa del sistema jurídico.

Frente a estas limitantes se adiciona el principio de subordinación jerárquica. Bajo este segundo postulado, el reglamento siempre debe estar precedido por una ley, cuyas disposiciones desarrolle, complemente o pormenore y en la que encuentre su justificación y medida. Así, en estricto cumplimiento a este principio se constriñe al ejecutivo federal únicamente a expedir aquellas normas reglamentarias que tiendan a hacer efectivo o facilitar la aplicación del mandato legal, sin contrariarlo, excederlo o modificarlo.

Lo anterior provoca que la naturaleza de normas reglamentarias sea secundaria, pues conforme al esquema de jerarquía de leyes, se ubican en un rango inferior, tanto de la Constitución y tratados internacionales como de las leyes emitidas por los órganos legislativos, las cuales le dan vida al reglamento ante su carácter accesorio.

En tales condiciones, si el Reglamento del Recurso de Inconformidad crea en su artículo 31 al recurso de revocación, sin que éste se encuentre previsto en la Ley del Seguro Social, este medio de defensa resulta inconstitucional al contravenir los principios de reserva de ley y subordinación jerárquica que deben observarse por el órgano ejecutivo al hacer efectiva la facultad reglamentaria de que dispone.

Además, ante las particularidades que presenta el recurso de revocación en las controversias de seguridad interpuestas por los asegurados, pensionados y sus beneficiarios, se considera necesaria su regulación dentro de la Ley del Seguro Social, pues en el ámbito fiscal tanto los patrones como los sujetos obligados pueden interponer este medio de defensa al amparo del artículo 116 del Código Fiscal de la Federación

## VII. QUEJA ADMINISTRATIVA

Por disposición del artículo 296 de la Ley del Seguro Social a través de la queja administrativa es posible recurrir 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 IMSS, que originen reclamación o protesta por posibles violaciones a sus derechos, siempre que los

mismos no constituyan un acto definitivo, impugnable a través del recurso de inconformidad.

La presentación de la queja administrativa no requiere de formato alguno, pero deberá presentarse ante el Área de Atención y Orientación al Derechohabiente Normativa, Delegacional (AAOD) o de la Unidad Médica de Alta Especialidad, mediante un escrito que reúna los siguientes datos:<sup>38</sup>

- Nombre del asegurado y, en su caso, del promovente.
- Nombre del usuario receptor de los servicios médicos institucionales
- Número de seguridad social del usuario receptor de los servicios médicos institucionales.
- Domicilio particular del asegurado o del promovente o del usuario, señalando código postal, número telefónico y correo electrónico.
- Clínica de adscripción (Unidad de Medicina Familiar) del receptor de los servicios médicos institucionales.
- Unidad y servicio en el que se proporcionó u omitió la prestación del servicio médico institucional materia de la queja.
- Descripción clara y breve, en orden cronológico de cómo sucedieron los acontecimientos, señalando las fechas, horas, lugares, personas y servicios que motivan la interposición de la queja administrativa.
- Datos de identificación del personal institucional que proporcionó u omitió la prestación del servicio materia de la queja.
- Nombre, denominación o razón social, y domicilio del patrón o sujeto obligado.
- La petición concreta que se formula.

Toda queja deberá ir firmada por el promovente y, en caso de no saber firmar o no poder hacerlo, lo hará otra persona a su solicitud, debiendo el recurrente o usuario poner su huella digital con la correspondiente aclaración.

Los documentos que se deben adjuntar al escrito inicial de queja son la identificación oficial con fotografía y las documentales exhibidas en original o fotocopias debidamente relacionados que sustenten la queja o acrediten los hechos reclamados.<sup>39</sup> El escrito de queja deberá ir firmado por el promovente o, en su caso, por el usuario de los servicios médicos institucionales.

---

<sup>38</sup> Artículo 18 del Instructivo para el trámite y resolución de las quejas administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.

<sup>39</sup> *Idem.*

La AAOD una vez que recibe la queja, procede a su registro y revisión. De no contener el escrito de queja los elementos esenciales que deben ser proporcionados por el promovente para una debida investigación y comprobación de los hechos u omisiones señaladas, el personal de la AAOD requerirá que se subsanen los defectos u omisiones de información o documentación en un plazo no mayor de cinco días hábiles a partir de la recepción del comunicado. El incumplimiento a la prevención formulada provocará que la queja sea tramitada y resuelta con base en los elementos con los que se cuenten.<sup>40</sup>

El personal institucional vinculado con la prestación de la atención médica, los servidores públicos y demás áreas institucionales a solicitud que se les formule y en un plazo no mayor de cinco días hábiles, contados a partir de la recepción de la petición, deberán aportar al AAOD que lo requiera, los documentos, informes y opiniones sobre los hechos materia de la queja, para la práctica de la investigación correspondiente. La omisión, interferencia, obstaculización, retraso u ocultamiento de lo solicitado, traerá como consecuencia, una investigación en términos de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.<sup>41</sup>

Una vez 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 Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente— procederán a elaborar el dictamen que deberá contener los siguientes elementos:<sup>42</sup>

- Datos del asegurado y unidad o unidades médicas involucradas.
- Síntesis de la queja.
- Resumen de la investigación. En este caso deberán señalarse desde el punto de vista médico, aquellos aspectos técnicos realizados u omitidos, los efectos y consecuencias respecto al padecimiento en cuestión, además de incorporar el sustento documental materia del dictamen y el informe rendido por el personal institucional vinculado con la prestación de la atención médica.

---

<sup>40</sup> *Idem.*

<sup>41</sup> *Idem.*

<sup>42</sup> *Idem.*

Asimismo, la investigación deberá contener una síntesis de la resolución dictada por el área de relaciones contractuales, o estado que guarda la investigación administrativa laboral, así como 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.

- El análisis realizado por la AAOD 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.
- 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, el AAOD formulará el proyecto de acuerdo, que deberá contener la motivación y fundamentación legal en que se sustente el acuerdo; la resolución de la queja, precisando la existencia o no de responsabilidad institucional, y en su caso, las medidas compensatorias y la instrucción para la adopción de las acciones preventivas necesarias, así como la instrucción de la notificación como resultado del procedimiento.<sup>43</sup>

La Comisión Bipartita del Consejo Técnico del IMSS, las de los consejos consultivos regionales, delegacionales y de las comisiones designadas por las juntas de gobierno de las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) revisarán, analizarán y, en su caso, corregirán el proyecto de acuerdo que resuelva la queja.<sup>44</sup> Al recepcionar el acuerdo debidamente firmado, el AAOD lo hará del conocimiento del interesado y de las áreas competentes para su debido cumplimiento.

El titular de la delegación y el director de la UMAE, en el ámbito de sus respectivas competencias, serán responsables de adoptar las acciones necesarias para dar cumplimiento a los acuerdos que resuelvan las quejas emitidos por la Comisión Bipartita del Consejo Técnico, las de los consejos consulti-

---

<sup>43</sup> *Idem.*

<sup>44</sup> *Idem.*

vos regionales, delegacionales y las comisiones designadas por las juntas de gobierno de las UMAE, en un plazo no mayor a quince días hábiles. En caso contrario deberán asentarse las razones justificadas que impidieron su cumplimiento.<sup>45</sup>

La resolución que decreta la improcedencia de la queja se puede combatir a través del recurso de inconformidad.

### VIII. PROBLEMÁTICA E INCONSTITUCIONALIDAD DE LA QUEJA ADMINISTRATIVA

El recurso de queja previsto en el artículo 296 de la Ley del Seguro Social (LSS) y en el Instructivo para el trámite y resolución de las quejas administrativas ante el IMSS presenta tres principales problemas.

El primer problema es identificar los actos u omisiones en la presentación de los servicios médicos que no constituyan actos definitivos impugnables a través del recurso de inconformidad, lo cual como referimos al abordar la procedencia de este medio de impugnación, no es una labor sencilla ante la indefinición que existe en la Ley del Seguro Social y sus disposiciones reglamentarias sobre lo que debe entenderse por un acto definitivo dictado por los órganos institucionales del IMSS.

Por su parte, el segundo gran inconveniente estriba en que el artículo 296 de la LSS le atribuye al recurso de queja el carácter de un medio de defensa que debe agotarse de manera previa al conocimiento que deba tener otro órgano o autoridad de algún procedimiento administrativo, recurso o instancia jurisdiccional respecto de los servicios médicos encomendados al IMSS.

En lo concerniente a este punto es necesario referir que el acceso efectivo a la justicia que administran los tribunales del Estado (al igual que todos los derechos humanos) no es un derecho absoluto, su ejercicio se somete a cauces que lo delimiten y posibiliten de forma adecuada y en armonía con los diversos principios y el resto de los derechos que la Constitución federal reconoce con el fin de lograr que las instancias de justicia se erijan como mecanismos eficaces y confiables a las que los gobernados acudan para dirimir cualquiera de los conflictos que deriven de las relaciones jurídicas que entablan.

En este sentido, sobre la base de principios constitucionales y la esencia del derecho al acceso efectivo a la justicia, el legislador debe procurar la con-

---

<sup>45</sup> *Idem.*

secución de los fines de este derecho humano, evitando fijar presupuestos procesales o condiciones que no se justifiquen constitucionalmente, como cuando entre el ejercicio del derecho y su obtención se establecen trabas o etapas previas no previstas en la norma constitucional.

Así, verbigracia, debe estimarse que se acata el derecho al acceso efectivo a la justicia cuando para no obstaculizar la administración de ésta, el legislador faculta al órgano jurisdiccional para que, antes de dar curso a un proceso, verifique que en la petición respectiva se solicita la tutela de alguna prerrogativa relacionada con la esfera jurídica del actor, o, cuando al titular del referido órgano se le faculta para desechar tanto las promociones notoriamente improcedentes como las demandas interpuestas al no contener los requisitos exigidos.<sup>46</sup>

De igual modo, resulta jurídicamente válida la regulación de las condiciones necesarias para el nacimiento, desarrollo y conclusión de un litigio, así como las que doten de certeza, seguridad jurídica y legalidad al fallo que se emita, entre las cuales se encuentra la relativa a que el reclamo se formule en tiempo, esto es, el límite temporal que se fija normativamente para dotar de certeza a las situaciones jurídicas existentes.<sup>47</sup>

Empero, cuando el artículo 296 de la Ley del Seguro Social exige el previo agotamiento del recurso de queja administrativa sin que se encuentre previsto en la norma constitucional no sólo condiciona e impide el ejercicio del derecho de las personas de acudir directamente a los órganos jurisdiccionales a reclamar actos u omisiones referentes a la prestación de servicios médicos, sino entorpece la función de administrar justicia en contravención al artículo 17 constitucional que reconoce a cualquier persona el derecho de acudir ante tribunales expeditos, a fin de que éstos le administren justicia pronta y gratuita, toda vez que las controversias que surjan entre los gobernados deben ser resueltos por un órgano del Estado facultado para ello, ante la prohibición de que los particulares se hagan justicia por sí mismos.

A lo anterior se adiciona que el artículo 17 constitucional prohíbe que las leyes establezcan como requisito de procedibilidad, que los gobernados deban acudir obligatoria y necesariamente a instancias distintas a la vía jurisdiccional, pues el derecho a la justicia que se consigna en el mandato constitucional no puede ser menguado o contradicho por leyes secundarias federales

---

<sup>46</sup> Tesis P. XVIII/93, *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, Octava Época, Pleno, núm. 63, marzo de 1993, p. 26.

<sup>47</sup> Tesis: I.7o.A.14 K (10ª), *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, Décima Época, Tribunales Colegiados de Circuito, Libro 4, marzo de 2014, t. II, p. 1948.

o locales, sino únicamente por la propia Constitución, la que establece de manera expresa las restricciones a que están sujetos los derechos humanos que la misma reconoce.

Finalmente, el tercer inconveniente que presenta el medio de defensa en comento es que en el Instructivo para el trámite y resolución de las quejas administrativas ante el IMSS únicamente se reglamenta el ofrecimiento de las pruebas documentales, lo cual limita la capacidad probatoria del recurrente. Se considera fundamental la regulación del ofrecimiento, admisión y desahogo de todos aquellos medios probatorios que no siendo contrarios a la moral y el orden público le permitan al particular acreditar los hechos en que sustenta su queja.

Concretamente al ser objeto de reclamación las probables afectaciones de la salud a consecuencia de la prestación de los servicios médicos encomendados al IMSS se considera fundamental la regulación de la prueba pericial médica. Los conocimientos sobre el área médica vertidos en un dictamen en el que además se interpreten los resultados de los estudios practicados al recurrente serían importantes para lograr el esclarecimiento de los hechos y una impartición de justicia administrativa más eficaz.

## IX. A MODO DE CONCLUSIÓN

Los recursos administrativos, previstos en la Ley del Seguro Social y sus disposiciones reglamentarias, constituyen mecanismos de justiciabilidad directa de las prestaciones que derivan de los seguros que integran el régimen obligatorio del seguro social así como de revisión de los actos u omisiones del IMSS en el ámbito fiscal cuando se lesionan los derechos de los empleadores y sujetos obligados.

Uno de los principales retos del IMSS es asegurar la imparcialidad en la resolución de los medios de defensa de naturaleza administrativa, pues ello puede abonar en la reducción del número de conflictos de seguridad social que son interpuestos, hasta la fecha, ante el Tribunal Federal de Justicia Administrativa y las Juntas Especiales que integran las Juntas Federales de Conciliación y Arbitraje, los cuales implican el destinar recursos humanos, materiales y económicos, por parte de la institución de salud.

Los otros aspectos que resultan fundamentales para dotar de eficacia a los medios de impugnación administrativos es atribuirles el carácter de opcionales en cumplimiento al derecho a la tutela efectiva, además de realizar la

adecuada regulación procedimental al amparo de los principios de sencillez, celeridad procesal e inmediatez, en los que exista la comunión de los distintos niveles de racionalidad.<sup>48</sup>

En la mayoría de los ordenamientos jurídicos que conforman el marco jurídico del derecho a la seguridad social y del derecho fiscal resulta necesaria la definición de ciertos términos especializados, como acto definitivo, dependencia económica, capitales constitutivos, salario base de cotización, por citar algunos ejemplos, que contribuirán en gran medida en la admisibilidad y resolución de las controversias que se interponen en contra del IMSS.

A lo anterior se adiciona la necesaria regulación del aspecto procedimental de los recursos administrativos en la Ley del Seguro Social y sus disposiciones reglamentarias, principalmente lo referente al ofrecimiento, admisión y desahogo de los medios probatorios, así como las medidas de reparación y la ejecutabilidad de las resoluciones dictadas por los órganos internos del IMSS, que en su conjunto, contribuyen al respeto del derecho al debido proceso. Al ser prioritarias las materias de seguridad social y fiscal para el desarrollo de un país requieren de medios de defensa adecuados<sup>49</sup> y

---

<sup>48</sup> De acuerdo con Manuel Atienza los niveles de racionalidad son los siguientes: El primer nivel es el correspondiente a la racionalidad comunicativa o lingüística (R1), en el cual es necesario que el emisor (edictor) sea capaz de transmitir con fluidez un mensaje (la ley) al receptor (el destinatario). El segundo nivel es el propio de la racionalidad jurídico-formal (R2) que exige que la nueva ley se inserte armónicamente dentro del sistema jurídico. El tercer nivel corresponde a la racionalidad pragmática (R3) y se dirige a los destinatarios de la norma jurídica para que adecuen su conducta a lo prescrito por la normatividad. En cuarto lugar se encuentra la racionalidad teleológica (R4), que impone a las normas el cumplimiento de determinados fines sociales. Finalmente, el último nivel de racionalidad es el de carácter ético (R5), a través del cual las conductas prescritas y los fines de las normas se presuponen como valores susceptibles de ser justificados éticamente. Véase Atienza, Manuel, *Contribución a una teoría de la legislación*, España, Civitas, 1997, pp. 53 y 54.

<sup>49</sup> La Corte IDH ha determinado que los recursos sean adecuados significa que la función de esos recursos dentro del sistema de derecho interno sea capaz de proteger el derecho que se alega violado. Véase Corte IDH, *Caso de la Comunidad Mayagna (Sumo) Awas Tingni vs. Nicaragua*, fondo, reparaciones y costas, sentencia del 31 de agosto de 2001, serie C, núm. 79, párrafo 111, disponible en: [http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec\\_79\\_esp.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_79_esp.pdf), (fecha de consulta: 21 de marzo de 2018); Corte IDH, *Caso Cantos vs. Argentina*, fondo, reparaciones, costas, sentencia del 28 de noviembre de 2002, serie C, núm. 97, párrafo 52, disponible en: [http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_97\\_esp.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_97_esp.pdf) (fecha de consulta 21 de marzo de 2018); Corte IDH, *Caso Juan Humberto Sánchez vs. Honduras*, excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas, sentencia del 7 de junio de 2003, párrafo 121, disponible en: [http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_99\\_esp.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_99_esp.pdf) (fecha de consulta: 21 de marzo de 2018) y Corte IDH, *Caso Maritza Urrutia vs. Guatemala*, sentencia de fondo, reparaciones y costas de 27 de noviembre de

eficaces<sup>50</sup> no sólo para el derechohabiente, el contribuyente o empleador, sino incluso para el propio Instituto Mexicano del Seguro Social en su carácter de órgano asegurador y organismo fiscal autónomo.

## X. BIBLIOGRAFÍA

- ATIENZA, Manuel, *Contribución a una teoría de la legislación*, Madrid, Civitas, 1997.
- BRICEÑO RUIZ, Alberto, *Derecho de la seguridad social*, México, Oxford, 2010.
- CARRASCO IRIARTE, Hugo, *Derecho fiscal I*, México, Iure, 2013.
- COING, Helmut, *Fundamentos de filosofía del derecho*, Barcelona, Ariel, 1961.
- FIX-ZAMUDIO, Héctor, *Concepto y contenido de la justicia administrativa*, disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/4/1624/9.pdf>.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, *Manual de Términos Administrativos*, México, IMSS, 1979.
- MARTÍNEZ MARTÍNEZ, Verónica Lidia, “Repercusiones de la reforma laboral en los conflictos de seguridad social”, *Letras Jurídicas*, núm. 37, enero-junio de 2018.
- POLO OJEDA, Rafael y DÍAZ RIVADENEYRA, Carlos, *Nuevo Reglamento del Artículo 274 de la Ley del Seguro Social. El Recurso de Inconformidad Teoría y Práctica con un Breve Estudio de las Defensas Jurídicas del Particular en el Régimen Interno del Seguro Social*, México, Confederación Patronal de la República Mexicana, 1979.
- RODRÍGUEZ LOBATO, Raúl, *Derecho Fiscal*, México, Harla, 1986.
- RUIZ MORENO, Ángel Guillermo, *La impugnación legal de los actos definitivos del seguro social en México*, México, Porrúa, 2012.
- RUIZ MORENO, Ángel Guillermo, *Nuevo derecho de la seguridad social*, 14a. ed., México, Porrúa, 2015.
- SMITH, Adam, *Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones*, México, Fondo de Cultura Económica, 1958.

---

2003, serie C, núm. 103, párrafo 117, disponible en: [http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_103-esp.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_103-esp.pdf) (fecha de consulta: 23 de abril de 2017).

<sup>50</sup> Un recurso es efectivo cuando cumple la finalidad para la cual ha sido establecido.