

MONTO DE LA CUOTA

Para determinar el monto de las cuotas que deben cubrir los patrones para este ramo del seguro, se toma en cuenta el monto de los salarios que pagan y los riesgos inherentes a la actividad de la negociación respectiva. La fijación de estas cuotas descansa, pues, sobre bases diferenciales, ya que el monto de las mismas depende, además de la cantidad que cada patrón paga por concepto de salarios, de las clases de riesgos y de los grados de riesgo en cada una de esas clases, en que, objetivamente, se halla colocada la negociación respectiva.

RIESGO OBJETIVO

El elemento riesgo objetivo es primordial para hacer la fijación de las cuotas que deben cubrir los patrones. A este respecto, es conveniente reproducir lo que sobre el particular contiene el informe técnico elaborado por el actuario comisionado especialmente por la Secretaría del Trabajo, quien expresa: "Este riesgo objetivo es determinado por el método y el procedimiento de trabajo de la empresa, por la maquinaria empleada y, especialmente, por los medios técnicos de protección y prevención de los accidentes. Esta inscripción hará posible una clasificación previa basada sobre experiencias mexicanas y extranjeras, tomadas del Seguro de Accidentes de otros países, especialmente sobre las experiencias de Chile. También puede ser aprovechado con mucha ventaja el material norteamericano y canadiense del Seguro Privado, y su análisis en los *Proceedings of Casualty Actuarial Society*. En ocasión de la clasificación debe ser fijada también la unidad de tarifa, a base del nuevo material. Si se elige para la clasificación de los riesgos el método más empleado que da a la categoría de empresas más peligrosas el porcentaje 100, se clasifican las empresas normales de una clase por un porcentaje medio de esta clase, y solamente si hay condiciones anormales, ya sea en favor de la empresa, ya sea por falta de medios para prevenir el accidente, pues hay circunstancias que aumentan o reducen el riesgo, se concede a las empresas un porcentaje o grado más alto o más bajo. En la primera formación de las clases y de los grados o porcentajes de riesgo, debe tenerse en cuenta el principio de que la empresa o la categoría en las empresas deben pagar aproximadamente una aportación total que cubra todas las obligaciones provenientes de accidentes, tomando en consideración la gravedad de los accidentes, esto es, teniendo en cuenta la diferencia entre prestaciones temporales y rentas vitalicias. Con esto se consigue que haya un equilibrio entre las clases y grupos de empresas, y se impide que las clases o grupos que permanentemente sean pasivas, trasladen una parte de su carga a las otras."

DEL SEGURO DE ENFERMEDADES NO PROFESIONALES Y DE MATERNIDAD

En la parte general de esta exposición de motivos se han expresado conceptos que apoyan ampliamente la implantación del sistema del Seguro Social, las cuales cobran mayor fuerza cuando se refieren a la protección de los económicamente débiles en los casos de enfermedades no profesionales, y de maternidad.

ENFERMEDADES NO PROFESIONALES

En la iniciativa que se fundamenta, el trabajador que padece una enfermedad de las que no son consideradas como profesionales, pero que lo incapacitan para percibir algún salario, queda amparado por el sistema de seguridad social, pues tiene derecho a recibir la asistencia médico-quirúrgica y farmacéutica que sea necesaria, así como un subsidio en dinero, y que está destinado a cubrir las necesidades vitales de su familia. El hecho de que se otorgue al trabajador la asistencia médico-quirúrgica y farmacéutica necesaria, y además, un subsidio en dinero, implica no sólo una garantía social y de importante significado, sino una verdadera prerrogativa de la que nunca antes había gozado el sector obrero de México; pero, además, la iniciativa consagra un beneficio de valor importante: la prestación de la asistencia médico-quirúrgica y farmacéutica a la esposa y los hijos menores del trabajador asegurado o, a falta de aquélla, a la concubina.

SUBSIDIOS

La tabla conforme a la cual se fija el monto del subsidio que ha de pagarse al asegurado enfermo, muestra que los subsidios, calculados en relación con el grupo de salario al que pertenece el trabajador, guardan proporción y son capaces de satisfacer su objeto, según el tipo de vida adecuado a cada uno de aquéllos.

En todo caso de enfermedad no profesional, el asegurado siempre tiene derecho a recibir la asistencia médico-quirúrgica y farmacéutica, y sólo para la percepción del subsidio mencionado se fija una condición que consiste en que el asegurado haya cubierto seis cotizaciones semanales en los nueve meses anteriores a la enfermedad, condición ésta que es indispensable para solventar las necesidades económicas del Instituto y que, por otra parte, entraña un elemento educativo de previsión para los trabajadores, pues la obligación de llenar requisitos como el señalado orienta su conducta hacia prácticas previsoras, combatiendo, a la vez, la nociva costumbre de dilapidar el salario en gastos inútiles y hasta perjudiciales.

MATERNIDAD

En cuanto al seguro de maternidad, la mujer asegurada tiene derecho, durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio, a recibir la asistencia obstétrica necesaria, así como un subsidio en dinero igual al que corresponde en caso de enfermedad no profesional, que le será cubierto durante 42 días antes del parto y 42 días posteriores al mismo. Además de dicho subsidio, la asegurada recibirá, durante los 8 días anteriores y los 30 días posteriores al parto, una mejora que consiste en una cantidad que completa el total de su salario. Para tener derecho al subsidio primeramente mencionado, es necesario que la asegurada no ejecute trabajo alguno, mediante retribución, durante los dos períodos en que aquél ha de pagarse, lo cual obedece a que si la trabajadora se halla en condiciones de laborar y lo hace así, y devenga salarios, no hay razón para que, además, perciba el subsidio; pues éste sólo tiene por finalidad permitirle subvenir a sus necesidades cuando se encuentra privada de salario. La percepción del 100% de sueldo por los 8 días anteriores al parto y los 30 días posteriores al mismo, no está sujeta a la condición antes referida, sino que la asegurada recibe tal prestación en todo caso, pues en este aspecto se ha conservado la prerrogativa que concede ya el artículo 79 de la Ley Federal del Trabajo.

AYUDA PARA LACTANCIA

Además, la trabajadora asegurada tiene derecho a recibir lo que el proyecto llama ayuda para lactancia, hasta por seis meses posteriores al parto, prestación que está destinada a proveer de alimentación adecuada a los hijos de las trabajadoras, tiende a resolver, en parte, el grave problema de la mortalidad infantil que, en nuestro país, acusa cifras muy elevadas, y que en la mayor parte de los casos reconoce como causa la deficiente atención alimenticia e higiénica que se proporciona, entre los sectores pobres de la población, o los recién nacidos.

La asistencia obstétrica necesaria se otorga también a la esposa del trabajador que está afiliado al Seguro Social o a la concubina, en su caso, quienes, como es lógico, no percibirán subsidio.

Se establece como requisito indispensable para que la trabajadora asegurada tenga derecho a percibir el subsidio mencionado, y la ayuda para lactancia, el de que haya cubierto un mínimo de 30 cotizaciones semanales antes de la fecha del parto, lo cual se hace tanto para satisfacer las necesidades de sustentación económica del sistema, cuanto para protegerlo de simulaciones y fraudes.

Un principio aceptado universalmente, establece que las cargas económicas que demanda el establecimiento del Seguro Social, deben distribuirse entre toda la comunidad. Para cubrir las prestaciones y los gastos administrativos del seguro de enfermedades no profesionales y de maternidad, así como para la constitución del fondo de reserva, se obliga a cotizar a los patrones y a los trabajadores, y se dispone que también el Estado contribuya.

Este ramo del seguro es de naturaleza distinta al que corresponde a los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, en el cual, dada la índole del riesgo, los gastos son cubiertos exclusivamente por el patrón.

Esta participación tripartita, que es la que se practica normalmente para el mismo ramo en los principales sistemas del Seguro Social que existen en el mundo, se funda en que la cotización de los trabajadores asegurados constituye la obligación correlativa al derecho a las prestaciones, ya que el Seguro Social no es, de ninguna manera, una forma de dispensar gratuitamente la asistencia pública. La obligación de cotizar se basa en el principio de solidaridad social y en el deber de conservar y cuidar las energías humanas para evitar derechos innecesarios en el ejercicio normal de las actividades productivas. Como una consecuencia de esta participación de los asegurados en las cotizaciones, nace un derecho a participar en la dirección y administración del sistema. En varios países se va presentando el caso de que los trabajadores demandan una mayor carga en las aportaciones a fin de tener, correlativamente, mayor influencia en la dirección y administración del mismo.

Por otra parte, mediante esta participación se educa al asegurado en las prácticas de previsión y de ahorro, y se le crea un sentido de responsabilidad e interés en el funcionamiento del sistema y se contribuye a impedir los abusos que disminuyen los beneficios. Una justificación más de la obligación de cotizar, consiste en que en lugar de que sea el obrero quien aporte, exclusivamente, los gastos de enfermedades no profesionales y de maternidad, el establecimiento del Seguro Social descarga al asegurado del volumen total de esos gastos, a cambio de la pequeña cuota que tiene que cubrir.

El patrón ha aceptado su responsabilidad en los accidentes y las enfermedades profesionales, pero ésta no sólo se limita a tales riesgos, sino que se extiende a todos los peligros económicos que amenazan a los trabajadores. El desempleo se debe a la naturaleza inestable del actual sistema de producción; la industria moderna y diversas condiciones de vida, creadas por la misma, influyen poderosamente en el desarrollo de ciertas enfermedades no catalogadas como profesionales y muchas de éstas tienen como causa principal el mal estado de las viviendas y la deficiente alimentación, resultados indudables de una insuficiencia básica de los salarios, a consecuencia de la cual el obrero no puede hacer ahorros que basten a cubrir los gastos más indispensables de la economía humana. La obligación patronal de aportar una cuota para asegurar a sus trabajadores no es más que un complemento de los salarios pagados a los obreros que ayudan a aumentar la riqueza de las empresas.

La contribución patronal se traduce en ventajas indudables para la industria, pues al fomentar el bienestar de los trabajadores y elevar su nivel de vida, aumentan correlativamente tanto su rendimiento en el trabajo cuanto su poder adquisitivo, y son precisamente los patronos quienes directamente se benefician con el incremento del consumo y de la producción. Además, se establece un régimen de igualdad en la competencia de los industriales, se les estimula para reducir las posibilidades de que realicen los riesgos y se crea un estado psicológico que permite incrementar la producción económica.

En otro orden de ideas, puede decirse que así como los propietarios de las fuentes de producción cubren la amortización de la maquinaria y de los muebles, cuidando con celo el sostenimiento y la conservación adecuada de su equipo, deben cubrir también lo que podría llamarse la amortización y conservación del capital humano, para procurar el bienestar material de los trabajadores, que son aún más indispensables para una producción eficiente. Así, la cuota patronal para el seguro obrero debe ser considerada como una parte indispensable de los costos de producción.

El interés de la sociedad por afianzar una garantía de firmeza a la base económica de un amplio sector de la población, así como cooperar a la solución de múltiples problemas que afectan la integridad física y moral de la nacionalidad, justifican la contribución que el Estado, por su parte, se halla obligado a aportar.

Los riesgos sociales constituyen no sólo una amenaza para la vida y la integridad física de los trabajadores aisladamente, sino también para la de sus familiares y, aún más, para la de la comunidad de que forman parte. En los Estados democráticos, el ideal de justicia social se manifiesta en la política general, y ya no se discute el deber que tiene de contribuir a atenuar los efectos causados por los siniestros.

La insuficiencia tradicional de la previsión libre y de la asistencia privada, obligan al Estado a intervenir mediante el establecimiento del Seguro Social Obligatorio y le crean el deber moral de contribuir económicamente para financiar este sistema, destinado a imprimir un bienestar económico a la comunidad de la cual el Estado es síntesis representativa.

DEL SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ, CESANTIA Y MUERTE

El seguro de invalidez tiene como finalidad proteger al trabajador contra la incapacidad general no originada por riesgo profesional, y que se concibe no solamente como el daño físico proveniente de una mutilación, pérdida o alteración de un órgano o de una función fisiológica, según una escala establecida, sino que se aprecia también en relación con las repercusiones económicas o profesionales que pueden acarrear las lesiones o enfermedades, habida consideración de las posibilidades y expectativas de ocupación del inválido en el medio general de trabajo, tal y como se hace en la mayor parte de las legislaciones de otros países.

ESTADO DE INVALIDEZ

En estas condiciones, la iniciativa establece que, para que pueda considerarse existente el estado de invalidez que el obrero, por enfermedad o accidente no profesionales, se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo proporcionado a sus fuerzas, a sus capacidades y a su ocupación anterior, una remuneración equivalente por lo menos a un tercio de la que, en la misma región, recibe habitualmente un trabajador sano del mismo sexo, semejante capacidad, igual categoría y formación profesional análoga.

No exige, para conceder este seguro como lo hacen legislaciones más severas, que el obrero se encuentre incapacitado de manera total y permanente para desempeñar cualquier trabajo, sino que se halle en las condiciones antes mencionadas.

VEJEZ

El Seguro de Vejez tiene por objeto proporcionar a los obreros que han dejado sus energías y su juventud en el trabajo, los medios de atender a su subsistencia cuando por su avanzada edad no pueden obtener un salario. Con este fin se establece que los asegurados que hubieren cumplido los 65 años tienen derecho a recibir una pensión, aunque no sean inválidos.

La edad necesaria para obtener los beneficios de este seguro se fijó en 65 años porque las experiencias obtenidas demuestran que ésta es la aconsejable y que fijando una menor, se aumentan de manera considerable las cargas financieras del sistema.

Sin embargo, no puede decirse que con ello se lesionan los intereses de los trabajadores, en virtud de que, de conformidad con la definición del estado de invalidez consignada en la iniciativa, puede recibir la pensión de invalidez el obrero que, aun sin haber cumplido la edad exigida para la de vejez, se halla imposibilitado, a consecuencia de enfermedades o accidentes no profesionales, para procurarse una remuneración equivalente, por lo menos a un tercio de la que habitualmente obtiene, en la región, un trabajador del mismo sexo, semejante capacidad, igual categoría y formación profesional análoga. Entre el seguro de invalidez y el de vejez existe una estrecha interdependencia, y esto ha hecho que en las legislaciones en las cuales se exigen menos requisitos para conceder pensiones de vejez (v. gr. 60 años de edad), se hayan establecido condiciones más severas para otorgar las que corresponden por concepto de invalidez (incapacidad absoluta y permanente del asegurado.)

DESOCUPACION

No obstante, y a pesar de las consideraciones expresadas, en la iniciativa se quiere proteger en cuanto sea posible, a los trabajadores viejos que sin ser inválidos y sin haber alcanzado la edad de 65 años, se encuentren sin empleo, considerando que en estas condiciones, debido al desgaste sufrido, que necesariamente merma en gran proporción su potencialidad para el trabajo, se ven colocados en una situación de inferioridad para obtener ocupación respecto de los demás obreros; y en tal virtud, se establece que los asegurados que hubieren cumplido 60 años de edad y se encuentren privados de trabajos remunerados, tienen derecho a percibir pensiones de vejez calculadas conforme a una tarifa reducida señalada en el reglamento. Esto implica el aseguramiento del riesgo de desocupación en edad avanzada de lo que se hace referencia en la primera parte de esta exposición

PENSIONES

Las pensiones a que el asegurado tiene derecho en los casos de invalidez y de vejez, fueron fijadas después de un concienzudo estudio técnico actuarial y teniendo presentes las condiciones económicas del país.

Estas pensiones, estructuradas de conformidad con lo que al respecto recomienda la Oficina Internacional del Trabajo, proporcionan al obrero inválido y al viejo los medios necesarios para proveer a su subsistencia de una manra honesta y sin tener que recurrir al asilo o a la caridad pública, dado que, estando compuestas de una cuantía básica proporcional al salario de grupo en que cotizó el asegurado y de aumentos computados según el número de cotizaciones semanales a contar de las primeras 200 semanas, en ningún caso pueden ser menores de \$ 30.00 mensuales, ya se trate de trabajadores cuyo salario diario no hubiere alcanzado la cantidad de \$ 1.00, ya de aquellos que no tuvieren derecho a los aumentos aludidos.

En estas condiciones, puede apreciarse fácilmente que tratándose de trabajadores que devenguen un salario diario mayor al mencionado y cuenten con un número regular de cotizaciones semanales, las pensiones son suficientes para asegurarles una situación de relativo bienestar económico. Así por ejemplo: un trabajador que ha percibido un salario que fluctúe entre \$ 4.00 y \$ 6.00 diarios y cuente 16 años de cotización computable, tendrá derecho a recibir una pensión mensual igual a \$ 66.05; si el salario de que ha disfrutado es de más de \$ 12.00, le corresponderá, con igual número de cotizaciones computables, una pensión mensual de \$ 172.99, y en ambos casos, si tuviere a su favor 26 años de cotización computable, les corresponderán, respectivamente, \$ 88.59 y \$ 232.35 mensuales, pensiones que equivalen al sueldo que perciben numerosos trabajadores en pleno desarrollo de actividades.

El goce de la pensión de invalidez tiene lugar a partir del día en que se produjo el siniestro o si no fuere posible precizarlo, desde la fecha en que el asegurado presente la solicitud para obtenerla, pues no sería justo que por retardos en la comprobación médica del estado de invalidez se afectaran los intereses de los trabajadores. Este derecho se extingue con la muerte de los beneficiarios o con su recuperación para el trabajo.

SERVICIOS PREVENTIVOS

A efecto de impedir la realización de un estado de invalidez o recuperar, en su caso, la capacidad de trabajo de un inválido pensionado, se faculta al Instituto, cuando no sean suficientes las prestaciones del seguro de enfermedad, para proporcionar a los asegurados servicios preventivos o curativos ya sea individualmente o por procedimientos de alcance general. Con esta disposición se obtiene una importante finalidad en beneficio del conglomerado social, ya que se tiende a reducir el número de los individuos inactivos para la producción.

MUERTE

El seguro contra el riesgo de muerte tiene como finalidad proteger a las viudas y garantizar a los huérfanos menores de edad un refugio económico que los substraiga de la miseria que puede conducir a la mendicidad, a la prostitución o a la delincuencia y que les permita, por el contrario, ser en el futuro hombres útiles a la sociedad.

PENSIONES DE VIUDEZ Y ORFANDAD

Este seguro proporciona a la esposa, o en su defecto a la concubina del asegurado, y a cada uno de los hijos menores de 16 años, pensiones con las cuales puedan atender sus necesidades vitales, y como se señalan pensiones individuales, su conjunto constituye una aportación cuya cuantía es proporcional al número de deudos del trabajador fallecido. A título de ejemplo, puede señalarse que si un obrero que ha devengado un salario que fluctúa entre cuatro y seis pesos y tenga 700 semanas de cotización computables, fallece dejando viuda y tres hijos, la pensión que corresponde a este núcleo familiar ascenderá a la cantidad de \$ 60.33 mensuales, y con ella, este hogar, que sin la vigencia del seguro quedaría hundido en la más completa miseria y en peligro inminente de disgregarse para engrosar con sus miembros al contingente de la mendici-

dad, podrá seguir viviendo, si no en las mismas condiciones, sí, al menos, con los elementos necesarios para subsistir decorosamente.

Las pensiones de viudez no se concederán cuando el asegurado fallezca antes de que transcurran seis meses a partir de la fecha del matrimonio, ni cuando, al contraerlo, estuviere percibiendo una pensión de invalidez, de vejez o de cesantía, ni tampoco cuando contrajo el vínculo después de haber cumplido 60 años de edad, a menos que a la fecha de su fallecimiento hubieren transcurrido tres años de vida conyugal. Estas prescripciones tienden a evitar la celebración de matrimonios que persiguen como fin gozar de la pensión de viudez y que se desvirtúan de esta manera la respectable institución que es base de la organización familiar y el noble objeto para el que las pensiones en cuestión se establecen. En esta forma, además, se protege el patrimonio colectivo de los asegurados, frente a posibles fraudes y simulaciones que la experiencia exhibe abundantemente.

El disfrute de las pensiones de viudez y de orfandad empieza desde el día en que fallece el trabajador asegurado y termina cuando la viuda o la concubina contraiga matrimonio, en atención a que entonces tiene la protección de su cónyuge; cuando el huérfano cumple 16 años, pues entonces se puede sostener por sí mismo, o cuando el beneficiario fallece.

MATRIMONIO DE BENEFICIARIA

Sin embargo, por considerarlo de justicia y a efecto de estimular el matrimonio, siempre útil al conglomerado social, a la viuda o concubina que celebre nupcias le entregará el Instituto una suma global equivalente a tres anualidades de la pensión a que tenga derecho, entrega que puede estimarse como análoga a la dote.

CONTINUACION VOLUNTARIA

Establece la iniciativa que los trabajadores que tengan cubiertas 100 cotizaciones semanales y posteriormente dejen de estar sujetos a la obligación del seguro, pueden continuar voluntariamente en el mismo, pagando los aportes patronal y obrero correspondientes al último salario de grupo en el que hubieren cotizado o al grupo inmediato inferior. Esto se hace con el fin de no privar de los beneficios del sistema a los obreros que por ya no ser asalariados en virtud de haberse convertido en pequeños propietarios o por cualquier otra circunstancia, dejen de pertenecer al seguro, considerando que en numerosas ocasiones los antiguos asalariados, no obstante el cambio de sus actividades, siguen siendo económicamente débiles, y además, porque el sistema ha recibido de ellos aportes que les crean derechos que no sería justo se extinguieran de plano.

CONSERVACION DE DERECHOS

Por las mismas razones, se previene que cuando los trabajadores dejen de estar obligados a asegurarse en momentos en que no les corresponda aún una pensión, y no continúen voluntariamente en la institución, mantendrán sus derechos por un período equivalente a la quinta parte del tiempo que hubieren cotizado, siempre que no fuere inferior a 18 meses.

La conservación de estos derechos se limitó a una quinta parte del tiempo durante el cual los beneficiarios hayan cotizado, porque de señalarse un plazo mayor la institución correría peligro de operar con obreros que por mucho tiempo han permanecido ignorados y ello les traería graves dificultades.

Otra forma de protección al trabajador se establece previniéndose que al asegurado que dejare de estar sujeto a la obligación del seguro y hubiere perdido sus derechos a seguir voluntariamente en el sistema, se le reconocerá, si ingresa, el tiempo anterior de cotizaciones, siempre que no hayan transcurrido tres años desde la fecha en que dejó de estar obligado, a fin de otorgarle facilidades que estimulen su nueva afiliación, mas si el tiempo transcurrido es mayor de tres años, sólo se le computará el tiempo anterior si cotiza durante 26 semanas con posterioridad al reingreso, con objeto de evitar que el asegurado deje de pertenecer nuevamente a la institución, poco tiempo después de su regreso, pues con ello el sistema sufriría graves perjuicios de carácter administrativo sin provecho de ningún género.

DEL SEGURO FACULTATIVO Y DE LOS ADICIONALES

Al lado del seguro obligatorio se crea un seguro facultativo para los trabajadores que, por su especiales circunstancias, de momento no queden incluidos en el régimen obligatorio, tales como los trabajadores de empresas de tipo familiar, a domicilio, domésticos, del campo, temporales y eventuales y los independientes, como profesionistas libres y ejidatarios.

EJIDATARIOS

Respecto de los ejidatarios, el único seguro que postula la iniciativa es el de enfermedades generales y de maternidad, en virtud de que la situación de aquéllos, diversa a la de los asalariados, presenta dificultades que no podrían salvarse para asegurarlos en los restantes riesgos, pues no estando regidas sus actividades por un contrato de trabajo, y por tanto, no existiendo ni un patrón ni un salario, falta de este modo una base firme para fijar los aportes y beneficios, sin que pueda estimarse como tal los ingresos que obtienen, por hallarse supeñtados a las eventualidades propias de las labores del campo.

Los seguros facultativos se sujetan a condiciones y tarifas especiales. Ello se explica si se considera que constituyen un simple apéndice del régimen de seguros obligatorios y poseen una fisonomía propia. Además, se contratan individual y colectivamente. Tratándose del seguro individual se exigen exámenes médicos, precisamente por su carácter facultativo, a excepción del seguro de los ejidatarios en virtud de que su contratación debe ser siempre colectiva.

Por las mismas razones, el examen médico puede dispensarse a juicio del Instituto, tratándose de seguros de grupo.

PRESTACIONES DE CONTRATO

El seguro adicional se instituye con objeto de que los obreros que conforme a sus contratos colectivos de trabajo obtienen de sus patrones prestaciones superiores a las que proporciona esta iniciativa, pueden gozar de ellas a través del Instituto, así como también para hacer posible a todos los trabajadores en general, y a los que una vez terminada su obligación de pertenecer al seguro quieran continuar voluntariamente dentro del sistema, obtener mayores prestaciones o asegurarse bajo condiciones más favorables.

Esta contratación es facultativa no sólo para los posibles asegurados, sino también para el Instituto del Seguro Social.

El Instituto puede contratar seguros de grupo que comprendan las prestaciones obtenidas en los contratos colectivos, parcial o totalmente, con absoluta independencia de la edad o estado civil y familiar de cada uno de los trabajadores, mediante condiciones y tarifas especiales del mismo modo que tratándose del seguro facultativo y por las mismas razones aducidas al hablar de éste.

Tanto el seguro facultativo como los adicionales se manejarán en organización especial, con contabilidad y administración de fondos separados de la que corresponde a los seguros obligatorios, por constituir un régimen independiente, dotado de peculiaridades y fines diversos a los del seguro obligatorio. Por esta razón, se previene también que el Instituto elaborará un balance actuarial correspondiente a los seguros facultativos y adicionales, en los mismos términos y plazos fijados para la realización del balance actuarial de la organización que corresponde al seguro social obligatorio; pero con absoluta independencia de éste, a fin de utilizar el superávit que resulte, en beneficio exclusivo de los referidos seguros, o cargar, en su caso, el déficit en su propio perjuicio.

EL INSTITUTO DEL SEGURO SOCIAL EL SEGURO SOCIAL ES UN SERVICIO PUBLICO

El Seguro Social constituye un servicio público. De conformidad con el criterio sustentado por los tratadistas del derecho administrativo, servicio público es toda actividad cuyo cumplimiento debe ser regulado, asegurado y controlado por los gobernantes por ser indispensable para la realización y desenvolvimiento de la interdependencia social, y porque, además, es de tal naturaleza que no puede ser completamente eficaz sino mediante la intervención del Estado.

Nuestra legislación, aunque hace referencia constante a los servicios públicos, no proporciona una definición o concepto claro de lo que se entiende por éstos. Sin embargo, en algunos preceptos legales se establece que servicio público es toda actividad mediata o inmediatamente estatal (Ley de Bienes Inmuebles de la Federación, Ley del Timbre, Ley Orgánica del Presupuesto de la Federación), y en la fracción XXIX del artículo 123 constitucional se afirma categóricamente que la expedición de una Ley del Seguro Social se considera de utilidad pública.

EL INSTITUTO COMO ORGANISMO DESCENTRALIZADO

Para la organización y administración del sistema se crea una institución de servicio público descentralizado, con personalidad jurídica propia y libre disposición de su patrimonio que se denominará "Instituto Mexicano del Seguro Social."

Se encomendó la gestión del sistema a un organismo descentralizado porque ofrece respecto del centralizado ventajas de consideración, entre los que se encuentran: 1º, una mayor preparación técnica en sus elementos directivos, surgida de la especialización; 2º, democracia efectiva en la organización del mismo, pues permite a los directamente interesados en su funcionamiento intervenir en su manejo; 3º, atraer donativos de los particulares, que estarán seguros de que, con los mismos, se incrementará el servicio al que los destinan, sin peligro de confundirse con los fondos públicos; y 4º, inspirar una mayor confianza a los individuos objeto del servicio.

J

ORGANOS

Los órganos del Instituto son la Asamblea General, el Consejo Técnico, la Comisión de Vigilancia y el Director General.

Para la integración de los tres organismos primeramente mencionados, se sigue un sistema representativo y democrático, a fin de que los tres sectores, cuyos intereses concurren en la formación del patrimonio básico del sistema, se hallen genuinamente representados.

De esta suerte, la Asamblea General, que es la autoridad suprema del Instituto, estará integrada por 30 miembros designados, en igualdad de número, por el Ejecutivo Federal, por las organizaciones patronales y por las organizaciones de trabajadores.

ASAMBLEA

Se adoptó una representación tripartita, porque se quiso que estas entidades sociales estuvieran en igualdad de condiciones para defender sus respectivos intereses y velar por la buena marcha del servicio en la que todos tienen un interés directo, y a fin de obtener que la gestión del sistema sea el producto de la coordinación y entendimiento de los factores de la producción y de la sociedad políticamente organizada.

CONSEJO TECNICO

Por las mismas razones se señala igual forma de integración representativa para el Consejo Técnico, que es quien asume la representación legal y la administración del Instituto, pues este cuerpo estará compuesto de seis miembros, designados por la Asamblea General a propuesta que haga, de dos personas, cada uno de los grupos que la integran.

COMISION DE VIGILANCIA

Por último, la Comisión de Vigilancia, estará compuesta de tres miembros, y para su integración cada uno de los grupos que constituyen la Asamblea propondrá a una persona como propietario y a un suplente para que, previa la designación que haga dicha Asamblea General, esos tres representativos propuestos integren la Comisión de referencia.

DIRECTOR GENERAL

De todos los órganos del Instituto sólo el Director General es designado directamente por el Presidente de la República. El Director General también formará parte del Consejo Técnico.

Siendo necesario garantizar para el Instituto, y para el mismo sistema del Seguro Social, un funcionamiento ejemplar y libre, se establece un mecanismo democrático depurado, aboliendo toda posibilidad de reelección en los cargos y garantizando la permanencia en éstos, por parte, de los miembros que integran los cuerpos directores del Instituto, por todo el período para el que son designados, salvo que medien causas graves, pues de existir éstas, el mandato será revocado si así lo pide el grupo representativo que propuso la designación respectiva y la Asamblea General resuelve que es procedente la renovación del encargo. Por lo que hace al Director General del Instituto, sólo puede ser destituido por el Presidente de la República en virtud de causas graves, mediante una investigación en que se oiga la defensa de aquél.

Siendo la Asamblea General la autoridad suprema del Instituto, es a ella a quien corresponde discutir, y aprobar o modificar, la memoria y el balance contable de cada ejercicio, que deberán ser presentados por el Consejo Técnico, así como el plan de trabajo y los presupuestos de egresos que, para cada ejercicio siguiente, elabore y presente dicho Consejo; e igualmente decidir respecto a la forma de aplicar el superávit o de cubrir el déficit que resulte del balance actuarial que se presente cada tres años, balance que deberá ser elaborado por el Actuario responsable que el Consejo Técnico debe designar.

La iniciativa señala cuáles son las funciones del Consejo Técnico, señalamiento que se hace de acuerdo con la categoría de representante legal y administrador del Instituto, que tiene ese Cuerpo.

DE LA INVERSIÓN DE LAS RESERVAS

El cumplimiento de las obligaciones de dar, especialmente las que consisten en el pago de pensiones, por parte del Instituto, se hace posible mediante la inversión de la parte de los fondos que constituyen las reservas. Estas reservas se invierten en forma tal que producen rendimientos capaces de solventar las obligaciones impuestas por el sistema.

Para lograr la finalidad antes señalada y a fin de garantizar ampliamente su empleo, los fondos de reserva deben invertirse en las mejores condiciones de seguridad, rendimiento y liquidez. Se exige seguridad en la inversión a fin de obtener la conservación nominal del valor del capital invertido o impedir de este modo que el Instituto sufra pérdidas económicas o un desequilibrio financiero en el Seguro Social.

Es indispensable, asimismo, que el sistema de seguros obtenga para sus inversiones un rendimiento por lo menos igual al obtenido corrientemente en el mercado por inversiones de la misma naturaleza, a fin de que pueda hacer frente a las necesidades que la Ley le impondrá en el caso de aprobarse la iniciativa, siempre que dicho rendimiento sea compatible con la seguridad y el grado de liquidez que se juzgue necesario, y por último, se toman providencias para la liquidez de las inversiones, porque, como resultado de la índole de los beneficios o de la estructura financiera del sistema, parte de las reservas actuariales han de realizarse en determinada fecha.

Sin embargo, como el sistema del Seguro Social no está basado en objetivos de lucro, pues la finalidad del servicio es sólo de protección social, la inversión de las reservas se orienta hacia la satisfacción de intereses de utilidad pública y por ello se previene que en similitud de circunstancias sobre seguridad y rendimiento, se preferirá la inversión que garantice mayor utilidad social.

Como los lineamientos antes señalados son fundamentales para el desarrollo del sistema y, por eso mismo deben ser estrictamente acatados, se hace un señalamiento expreso respecto a la realización de las inversiones, puntualizándose, en algunos casos, el porcentaje máximo de las reservas que puede ser invertido en los distintos renglones que se especificquen. Así, se señala que hasta un 20% de dichas reservas puede ser invertido en bonos o títulos emitidos por el Gobierno Federal, por los Estados, Distrito o Territorios Federales, garantizados por el Gobierno Federal para servicios públicos tales como los de vialidad, de energía eléctrica, de saneamiento, de educación, de introducción de aguas potables, de construcción de mercados y otros similares; hasta un 30% en bonos o títulos de Instituciones Nacionales de Crédito y bonos emitidos por empresas mexicanas industriales y comerciales; hasta un 20% en la construcción de colonias obreras. También se señala que deben hacerse inversiones para la adquisición, construcción o financiamiento de hospitales, sanatorios, casas de maternidad, dispensarios y demás edificios para uso del Instituto, y en préstamos o valores hipotecarios, especialmente los destinados para habitaciones populares. Para estos casos no se señala el porcentaje de inversión, sino que su regulación se deja al criterio de las autoridades del Instituto.

Por otra parte, y siendo necesario que las inversiones se hagan en las mejores condiciones

de seguridad, también se señalan en la Ley las garantías y protecciones de que aquéllas deben estar revestidas.

Se encomienda al Instituto el manejo de los fondos del Seguro Social, tal y como lo hacen todas las legislaciones del mundo, considerando que en esta forma los asegurados tienen mayores garantías en lo que respecta a la prestación de servicios y de pensiones por parte del sistema.

No se deja al cuidado de una institución fiduciaria el manejo de dichos fondos, porque los sectores directamente interesados en el régimen del Seguro Social deben tener derecho a dirigir la realización de las inversiones, ya que son ellos los que con sus aportes integran los recursos económicos del sistema, y, además, porque resultaría verdaderamente imposible unificar y concretar la responsabilidad en el organismo directivo del Instituto, con las consecuencias inmediatas de desorganización que ello implica. Por otra parte, se tropezaría con la dificultad de que la institución fiduciaria no contara con elementos técnicos y especializados en el ramo del Seguro Social, como necesariamente deberán existir en el Instituto; sin contar con que un establecimiento bancario tendería por su propia naturaleza a realizar con los fondos del Seguro Social operaciones preponderantemente lucrativas, apartándose de este modo de una de las finalidades primordiales de la institución del seguro, que es precisamente encauzar las disponibilidades del sistema en obras de utilidad social.

Sin embargo, previendo la posibilidad de que las actividades de inversión pudieran introducir complicaciones en el mecanismo administrativo del sistema, y a virtud de que dichas complicaciones sólo podrán ser advertidas en el desarrollo del mismo, la iniciativa previene que previo acuerdo de la Asamblea General, el Instituto puede confiar la inversión de las reservas técnicas a un departamento especial de institución bancaria oficial, cuya acción estará condicionada a lo siguiente: desarrollar el programa de inversiones aprobado con anticipación por el Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social; que éste, por conducto de la Comisión de Vigilancia, esté facultado para revisar ampliamente el manejo de las inversiones, a fin de dar cuenta de toda operación que no garantice el mínimo de intereses anuales, o que se aparte del programa elaborado por el Consejo o que implique un incumplimiento de los fines de servicio social que deben llenar las inversiones.

DEL PROCEDIMIENTO PARA DIRIMIR CONTROVERSIAS

En este capítulo se establece, en primer lugar, que en casos de inconformidad de los asegurados, patrones o beneficiarios, sobre admisión al seguro, derechos a las diversas prestaciones y garantías de clasificación, se acudirá ante el Consejo Técnico de la Institución, siguiendo un procedimiento administrativo que se fijará en el Reglamento.

Si la resolución dictada no satisface a los interesados, o bien surgen otras controversias con motivo de la aplicación de esta Ley, se dispone la competencia de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, cuando sean partes los trabajadores asegurados o sus familiares. La razón para definir esta competencia dimana del artículo 123 constitucional, que considera la expedición de la Ley del Seguro Social de utilidad pública para proteger a la clase trabajadora, cuyos conflictos sobre sus derechos deben someterse, según lo ordena el mismo precepto, a dichas Juntas de Arbitraje. Así lo ha reconocido expresamente la Ley del Trabajo en vigor, tratándose de las indemnizaciones y demás prestaciones derivadas de los riesgos profesionales. Delegar el conocimiento de tales cuestiones a otras autoridades federales sería demorar el procedimiento y menoscabar la conquista obrera sobre la competencia al respecto de las Juntas de Conciliación y Arbitraje.

Para todos los demás casos no comprendidos en los artículos que se comentan, es de reconocerse la competencia de los Juzgados de Distrito.

Se ha establecido que los títulos donde consta la obligación de pagar cuotas, tendrán el carácter de ejecutivos para hacer más rápido el procedimiento de exigibilidad y no sufra quebrantos la Institución del Seguro Social por las demoras de los obligados.

Asimismo, y para salvaguardar los fondos de dicha Institución, se ha establecido la preferencia de sus créditos sobre cualesquiera otros, excepción hecha de los fiscales y de los correspondientes al trabajador.