

Seguridad Social

Dr. Antonio Clemente Heimerdinger

Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina. Sillón XXXVI

“El sistema de Gobierno más perfecto, es aquel que produce mayor suma de felicidad posible, mayor suma de seguridad social y mayor suma de estabilidad política”

Simón Bolívar, 1819

RESUMEN

La promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un desarrollo socio-económico sostenido. Así lo reconocieron hace más de 30 años los firmantes de la Declaración de Alma-Ata, Kazajstán, quienes señalaron que la Salud para Todos contribuiría a mejorar tanto la calidad de vida como la paz y la seguridad en el mundo. En este trabajo se registra como los países de América latina y Europa invierten sus sistemas de financiación para avanzar con mayor rapidez hacia la cobertura universal donde se muestran los montos totales de recaudación para el sistema, en el cual está incluida la contribución de las empresas, los trabajadores y el estado. Los sistemas de seguridad social de los Estados deben ofrecer cobertura para las siguientes nueve ramas principales de la seguridad social: atención de salud, enfermedad, vejez, desempleo, accidentes laborales, prestaciones familiares, maternidad, discapacidad, sobrevivientes y huérfanos. De estas áreas, en el presente trabajo se discute lo referente a vejez, invalidez y sobrevivientes; salud y maternidad; accidentes de trabajo; desempleo y prestaciones familiares.

Palabras clave: *Vejez, sobrevivientes, salud y maternidad, accidentes de trabajo, desempleo y prestaciones familiares.*

SUMMARY

The promotion and protection of health are essential for human well-being and sustained socio-economic development. This was recognized more than 30 years ago by the signatories of the Declaration of Alma-Ata, Kazakhstan, who pointed out that Health for All would contribute to improving both the quality of life and peace and security in the world. This work records how the countries of Latin America and Europe invest their financing systems to move faster towards universal coverage, where the total amounts of collection for the system are shown, which includes the contribution of companies, workers and the state. The social security systems of the States must offer coverage for the following nine main branches of social security: health care, illness, old age, unemployment, work accidents, family benefits, maternity, disability, survivors and orphans. Of these, in the present work it is discussed areas such as the old age, disability and survivors, health and maternity, work accidents, unemployment, and family benefits.

Key words: *Old age, survivors, health and maternity, work accidents, unemployment and family benefits.*

INTRODUCCIÓN

La Seguridad Social se define como un programa de protección social establecido

jurídicamente, para proveer a las personas de ingresos seguros ante contingencias como: vejez, sobrevivida, incapacidad laboral, discapacidad, desempleo, sustento para los hijos, salud preventiva y curativa, y las providencias contra una serie de riesgos inherentes a la vida moderna, tales como el desempleo, la enfermedad profesional o de otro origen, la invalidez parcial o total, la ancianidad, la educación de los niños y los derivados de la muerte del jefe de la familia, etc.

En el año 2010, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un informe sobre la financiación de la salud, como el inicio de una cobertura universal de la población. Se establecieron una serie de opciones para lograr el objetivo planteado. Esto se comprende bien pues ha aumentado la expectativa de vida, las discapacidades y hay métodos de diagnóstico y tratamiento mucho más eficientes, pero más costosos. La Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS, aconseja que antes de tratar de recortar los gastos se haga énfasis en la mayor eficiencia de la aplicación de los recursos financieros. Indica que entre el 20 % y el 40 % de los fondos asignados a salud en el mundo están mal administrados. Hay evidencia que los servicios pre-pagados funcionan mejor. Pues por el principio de solidaridad los que tienen mayores ingresos ayudan a los de menores, dice la Dra. Chan, muy enfáticamente, que cada entorno o país tiene sus propias características y los sistemas deben adaptarse. Siente optimismo pues cree que la cobertura universal es alcanzable, si se pone empeño, e insiste en educar al colectivo para tener estilos de vida saludables y una dieta balanceada (1).

Historia

La primera persona que usó el concepto de Seguridad Social fue el Libertador Simón Bolívar en el Congreso de Angostura, en 1819. La primera Ley fue en Prusia en 1883, que se convirtió en el primer país del mundo en adoptar un programa de seguro social para la vejez, diseñado por el canciller Otto von Bismarck. Las motivaciones del canciller fueron promover el bienestar de los trabajadores, a fin de que la economía alemana siguiera funcionando con la máxima eficiencia, y eludir la demanda de opciones socialistas

más radicales. Combinado con el programa de indemnización a los trabajadores creado en 1884 y con el seguro de “enfermedad” se conformó un sistema de seguridad de los ingresos basado en los principios de la seguridad social (2-4).

La evidencia se basa en la información de la Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS) y sus cálculos interanuales. La Asociación Internacional de la Seguridad Social es la organización internacional líder a nivel mundial que reúne a instituciones de seguridad social, ministerios y entidades gubernamentales, cuyas raíces se encuentran en las mutuas de seguros, la respuesta colectiva de los trabajadores europeos de la industria del siglo XIX a la enfermedad, al desempleo, a la discapacidad y a la vejez. La AISS fue creada en 1927 bajo los auspicios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), y desde entonces se ha expandido hacia una verdadera Asociación mundial, que reúne a más de 320 organizaciones de la seguridad social de más de 150 países. La AISS promueve la excelencia en la administración de la seguridad social a través de normas profesionales, conocimientos, servicios y apoyo de expertos para permitir que sus miembros desarrollen políticas y sistemas de seguridad social dinámicos en todo el mundo.

La AISS publica una revista trimestral en el campo de la seguridad social, la Seguridad Social Revista Internacional en Inglés. Igualmente co-publica la serie *de Seguridad Social en el Mundo*, en cooperación y edición por la Administración de Seguridad Social de EE.UU (SSA) cuya primera edición fue en 1937. Hasta el año 2002 se publicaba en forma de una edición única para todos los países, y de allí en adelante se dividió en cuatro para cada región: Europa, Asia, África y las Américas. Cada país suministra sus datos, la base jurídica es revisada por la OIT y colaboran la Organización Económica para la Cooperación y el Desarrollo, el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y el Programa para el Desarrollo de las Naciones Unidas (4).

La Seguridad Social está basada en el concepto de solidaridad. En términos generales el sistema cubre cinco riesgos principales y tiene cinco fondos:

1. Pensiones (vejez, invalidez y sobrevivientes);
2. Salud (enfermedad, maternidad);
3. Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales;
- 4.

Desempleo; y 5. Prestaciones familiares.

Cada uno debe tener un fondo especial con el cual se pagan las prestaciones en su momento y el cálculo del costo debe ser elaborado para cada uno de ellos. El de las pensiones está ajustado entre otras cosas al monto de la remuneración del trabajo y el costo de vida. En salud basándose en la frecuencia de las enfermedades, y en cada una de ellas hay costos de: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, haciendo un cálculo por enfermedad y basándose en el sistema de costos relativos (5). Se calculan los salarios u honorarios por los puntos que tienen de cada una de ellos, los cuales se transforman en unidades monetarias por el factor de conversión. En accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, dependerá de los trabajos e industrias que existen y las estadísticas. En relación con el desempleo también está basado en los promedios de ingreso por salario y las estadísticas nacionales. En las prestaciones familiares se tiene que hacer un estudio especial, pues lo actual no necesariamente será el futuro y ello requiere una base actuarial. Del análisis de estos aspectos va a surgir un esquema que será nuestra proposición (5-7).

Para lograr el bienestar de la sociedad, es indispensable la promoción y prevención de la salud. En 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, realizada en Kazajistán, organizada por la OMS/OPS y UNICEF, y patrocinada por la entonces URSS se aprobó la Declaración de Alma-Ata, subrayando la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema fue «Salud para todos en el año 2000». En el 2005 los Estados Miembros OMS emitieron un informe en el que proponen crear la financiación de los sistemas de salud en el camino hacia la “cobertura universal” de la población de cada país (1). Posteriormente, en la Conferencia Mundial Sobre Atención Primaria de Salud en Astaná 2018, los allí participantes declararon que reafirman los compromisos expresados en la ambiciosa y visionaria Declaración de Alma-Ata de 1978 hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y proponen la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en pos de la salud para todos.

Considerando los problemas prioritarios para las comunidades como es el empleo, el salario relacionado con el costo de vida, y la salud, y entre ellos tomando en consideración y mucha atención: la educación, la vivienda, los alimentos y el empleo, en el presente estudio se evaluó la situación de la Seguridad Social en 12 países de las Américas y 9 de Europa.

Seguridad Social en América Latina

El financiamiento de la Protección Social se basa en diversas fuentes, entre las que se incluyen impuestos, aportes directos del Estado y contribuciones sobre la nómina salarial. Los Seguros Sociales, por el contrario, tienden a tener una cobertura más reducida y mantienen un esquema de financiamiento a partir de contribuciones tripartitas (de asegurados, empleadores y Estado) sobre la nómina salarial (8). Los países de la región de América Latina presentan una cierta heterogeneidad en los sistemas de Seguridad Social, referida al tiempo de desarrollo e implementación (temprano/tardío), a la variedad de prestaciones (pensiones versus un conjunto más amplio de seguros), a las responsabilidades de gestión (pública/privada/mixta), al desempeño logrado, entre otros.

Tal y como se muestra en el Cuadro 1, se presentan los datos de trece países de cinco zonas de la región, donde se registran solo los montos totales de recaudación para el sistema, en el cual está incluida la contribución de las empresas, los trabajadores y el estado. Como se observa, en cada país los montos aportados varían, destacándose que el promedio de lo recaudado al sistema en tres períodos ha variado poco, siendo de 25,40.% en 1993, de 23,56 % en 2007 y de 24,74 % en 2009 (5,6). Como ejemplo, tenemos que el sistema de salud de Brasil está compuesto por un amplio sector público, el Sistema Único de Salud (SUS), que da cobertura a 75 % de la población, y un creciente sector privado, que incluye el Sistema de Atención Médica Suplementaria (SAMS) y lo que podríamos llamar sistema de desembolso directo, que cubre al 25 % restante. El SUS presta servicios de manera descentralizada, y de la totalidad de los riesgos principales que deben ser cubiertos, se reporta que el 80 % lo están (11).

Cuadro 1

Seguridad Social en América Latina 1993 - 2009 (en %)

Región	Países	1993	2007	2009
Andina	Bolivia	28,50	20,00	25,00
	Colombia	21,59	44,65	51,82
	Ecuador	20,46	19,00	23,25
	Perú	18,00	19,63	23,24
	Venezuela	17,70	14,20	24,38
Sur América	Argentina	45,40	39,70	25,24
	Brasil	37,46	29,00	30,00
	Chile	25,45	20,00	22,85
Centro América	Costa Rica	33,50	26,25	22,34
	Nicaragua	20,50	34,25	20,00
	México	23,85	8,23	26,13
Norte América	Canadá	15,58	15,22	6,88
	Estados Unidos	22,23	16,10	21,50
Promedio		25,40	3,56	24,74

Seguridad Social en Europa

La Unión Europea tiene un conjunto de normas comunes destinadas a proteger los derechos del seguro social y los beneficios de los ciudadanos que se desplazan dentro del continente, pero de ninguna manera anula las normas de cada país. Los empleados en Europa que trabajan a través de fronteras, sólo están sujetos a la legislación de un país a la vez, y por lo general tendrá que pagar el seguro social y recibir beneficios en el país en el que trabajan. Estos empleados tienen los mismos derechos y obligaciones que los nacionales del país.

En el Cuadro 2 se presentan los datos de nueve países de cuatro zonas de la región de Europa, donde se registran solo los montos totales de recaudación para el sistema, en el cual está incluida la contribución de las empresas, los trabajadores y el estado. En cada país los montos aportados varían, destacándose que el promedio de aportes al sistema en este grupo entre las tres períodos se ha reducido en un 7,02 %, que resulta en un monto considerable, pues las cifras en seguridad social son muy grandes 44,76 % en 1993, 56,38 % en 2007 y 37,74 % en 2010 (12-14).

Cuadro 2

Seguridad Social Europa 2010 (en %)

Región	Países	1993	2007	2010
Este	Polonia	43,00	46,89	41,67
	Hungría	78,25	45,50	41,50
	Rusia	33,80	26,20	34,22
Norte	Inglaterra	18,20	23,80	28,88
	Suecia	34,59	30,48	18,59
Sur	España	38,80	37,83	43,98
	Italia	39,80	40,86	49,45
Oeste	Alemania	60,35	41,53	38,86
	Francia	55,02	45,04	42,56
Promedio		44,76	56,38	37,74

De estos grupos de países escogimos siete, por tener de ellos una documentación importante en relación al Sistema de Salud: dos de Europa: Alemania y Francia, y cinco de la América Latina: Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y Venezuela (7,9-14).

Cuadro 3

Seguridad Social 2009 – 2010 (en %)

País	Total
Alemania	38,86
Francia	42,56
Promedio	40,71
Brasil	30,00
Chile	22,85
Colombia	51,82
Costa Rica	31,50
Venezuela	24,38

Áreas de la Seguridad Social

Los sistemas de seguridad social de los Estados deben ofrecer cobertura para las siguientes nueve ramas principales de la seguridad social: atención de salud, enfermedad, vejez, desempleo,

accidentes laborales, prestaciones familiares, maternidad, discapacidad, sobrevivientes y huérfanos. Estas ramas las podemos reorganizar en cinco áreas a saber: 1. Vejez, invalidez y sobrevivientes 40 %; 2. Salud y maternidad 30 %; 3. Accidentes de trabajo 10 %; 4. Desempleo 10 % y 5. Prestaciones familiares 10 %.

Las cifras de fondos son aproximaciones en porcentaje estimados de la recaudación total. Están formados por las contribuciones de los trabajadores, las empresas y el estado. La información se basa en la publicación que hace cada dos años la Asociación Internacional de Seguridad Social en colaboración con la Seguridad Social de Estados Unidos (Social Security Administration), tomando la publicación de las Américas 2009 y de Europa 2010.

Vejez, invalidez y sobrevivientes

Prestaciones por vejez, invalidez y sobrevivientes cubren los riesgos a largo plazo, a diferencia de los riesgos a corto plazo como incapacidad temporal resultante de enfermedad y maternidad, accidentes de trabajo o desempleo. Los beneficios son generalmente por pensiones de por vida o por un número considerable de años. Tales beneficios se proporcionan como parte de un único sistema con financiación común y administración así como requisitos y fórmulas de beneficio. La invalidez o discapacidad es resultante de una enfermedad o lesión no vinculada al trabajo. La compensación para los sobrevivientes es para la esposa e hijos menores.

El alcance de las prestaciones laborales generalmente se determina por la edad del sistema. Históricamente, la cobertura de la seguridad social recibió primero a los empleados del Gobierno y miembros de las fuerzas armadas, y luego a los trabajadores de la industria y el comercio y fue extendido a la mayoría de los asalariados y empleados a través de un sistema general.

Salud y maternidad

Por lo general son de dos tipos: a. prestaciones de enfermedad, que son pagados cuando son enfermedades de corto plazo que impiden el trabajo, y b. la atención médica en los ambulatorios

y hospitales. Algunos países mantienen un programa separado para prestaciones de maternidad en efectivo, que se pagan a las madres trabajadoras antes y después del parto. En la mayoría de los países, sin embargo, las prestaciones de maternidad son administradas como parte del programa de salud.

La razón por la cual están juntos es porque ambos cubren el riesgo de incapacidad temporal. Además, en la mayoría de los casos, dichos beneficios tienen un único sistema de financiación y administración. En la mayoría de los países los servicios de atención médica por enfermedad y maternidad son parte integrante del sistema de seguro de salud y están vinculados esos servicios con la provisión de prestaciones en efectivo.

El beneficio de la enfermedad en efectivo generalmente es 50 al 75 por ciento de los ingresos promedio actuales, frecuentemente con suplementos para dependientes. La mayoría de los programas, sin embargo, fijan una cantidad máxima de beneficio.

Generalmente hay un período de espera de 2 a 7 días para el pago en efectivo. Como resultado, los beneficios no pueden ser exigibles en caso de una enfermedad o lesión que dura sólo unos pocos días. Los programas pagados tienen un período de espera comúnmente de 2 a 3 semanas, pues reduce el costo de los beneficios.

La fase en la cual un trabajador puede recibir beneficios para una sola enfermedad o lesión en un lapso de 12 meses, es generalmente limitado a 26 semanas. En algunos casos, sin embargo, los beneficios puedan extenderse por más tiempo e incluso con una duración ilimitada.

Las prestaciones de maternidad son pagaderas durante una etapa determinada, antes y después del parto. Una mujer casi siempre tiene que dejar de trabajar mientras recibe beneficios de maternidad, y generalmente debe utilizar los servicios médicos prenatales y posnatales, proporcionados por el sistema.

El monto a pagar como una prestación de maternidad en efectivo difiere considerablemente de país a país pero, como las prestaciones de enfermedad, normalmente está entre 50 al 75 por ciento de los ingresos actuales. Sin embargo, en un número de países, las prestaciones de maternidad se fijan en 100 por ciento de los salarios. Los pagos

de beneficios suelen comenzar aproximadamente 6 semanas antes de la fecha prevista del parto y al final después de 6 a 8 semanas.

Existe un subsidio de lactancia del 20 % o 25 % del monto regular que puede durar hasta 6 meses o más. En algunos países hay una subvención para la compra de una canastilla, ropa y otros esenciales para el recién nacido o el suministro de una canastilla en algunos programas.

Accidentes de trabajo

Es el más antiguo en la seguridad social, proporciona una indemnización por lesiones producidas en el trabajo y enfermedades profesionales. Estos programas contemplan beneficios a corto, mediano y largo plazo, dependiendo tanto de la duración de la incapacidad como la edad del trabajador. Esta cobertura siempre incluye servicios médicos y prestaciones en dinero. La mayoría de los países intentan mantener programas por lesiones de trabajo independientes que no están vinculados directamente con otras medidas de seguridad social.

Generalmente hay dos tipos de sistemas, un fondo público y diversas formas de regímenes privados o semiprivados. En la mayoría de los países, los programas por lesiones de trabajo funcionan a través de un fondo público central. Ellos cubren sueldos y salarios de los trabajadores y excluyen a los trabajadores autónomos. Los programas de algunos de los países más altamente industrializados cubren prácticamente todos los empleados.

Las prestaciones por accidentes de trabajo son financiadas principalmente por contribuciones de los empleadores. Ellos proporcionan prestaciones y beneficios médicos. Los pagos en efectivo pueden ser de tres tipos: incapacidad temporal, incapacidad total permanente y las de incapacidad permanente parcial. Ningún período de cobertura o de empleo es normalmente requerido para tener derecho a prestaciones por accidentes de trabajo.

Los beneficios por incapacidad temporal son generalmente pagaderos desde el inicio de la incapacidad causada por una lesión en el trabajo, aunque algunos programas requieren un período de espera de 1 a 3 días. Los beneficios

continúan normalmente por un período limitado, por ejemplo, 26 a 52 semanas, dependiendo de la duración de la incapacidad. Si la incapacidad dura más, el beneficio de incapacidad temporal podrá sustituirse por un beneficio de discapacidad permanente. En algunos sistemas, los beneficios temporales pueden continuar durante un período prolongado, especialmente si los montos del beneficio temporal y permanente son idénticos.

El beneficio temporal es casi siempre una fracción de los ingresos promedio del trabajador durante un período previo a la lesión, generalmente por lo menos un tercio a la mitad. Un techo puede colocarse sobre los ingresos considerados en informática. Los beneficios temporales bajo programas pueden ser significativamente mayores que los de enfermedad común de lesión de trabajo. Los beneficios se reducen en algunos programas cuando un trabajador se encuentra hospitalizado.

Un segundo tipo de beneficio por lesiones de trabajo se proporciona en los casos de incapacidad total permanente. Generalmente, se paga inmediatamente tras el cese del beneficio de incapacidad temporal, basado en una evaluación médica donde se demuestre que la incapacidad del trabajador es permanente y total. En la incapacidad total permanente el beneficio es de por la vida, a menos que cambie la condición del trabajador. Una minoría de programas, sin embargo, pagan sólo una sola suma equivalente a varios años de salarios.

En la incapacidad permanente total el beneficio corresponde a dos terceras a tres cuartas partes de los ingresos promedio del trabajador previo a la lesión, algo mayor que el de los beneficios de discapacidad ordinaria. Además, a diferencia de beneficios por incapacidad ordinaria, la tasa generalmente no varía según la duración del empleo antes de la lesión. Pueden añadirse suplementos para dependientes y a los pensionados que requieren la asistencia constante de otra persona, en el que caso de beneficios pueden superar los salarios.

En algunos países, los beneficios de los aprendices o mano de obra nueva que quede permanentemente incapacitadas como consecuencia de lesiones de trabajo o enfermedad, se basan en los salarios de la hipotética vida o sobre el salario de un trabajador promedio de la

industria en particular. Este mecanismo resuelve el problema del establecimiento de un beneficio de por vida basado en un muy bajo salario inicial.

El tercer tipo de beneficio por lesiones de trabajo efectivo se proporciona cuando la incapacidad permanente parcial resulta en aquella que, sin alcanzar el grado total, ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 33 % en su rendimiento normal para su trabajo habitual, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma. Generalmente equivale a una porción de todos los beneficios correspondientes a la pérdida de porcentaje de capacidad. Alternativamente, los beneficios de incapacidad permanente parcial se pagarán en la forma de una subvención de suma. Los pagos por incapacidad parcial son generalmente menores y están estipulados en un calendario de pagos para determinados tipos de lesiones. Algunos sistemas pagan el beneficio como una suma global cuando el grado de discapacidad está por debajo de un porcentaje establecido, como el 20 por ciento.

También se prestan servicios de atención y rehabilitación médica y hospitalaria a los trabajadores lesionados. Casi siempre sin costo y pueden incluir una gama un poco más amplia de servicios que el programa de enfermedad general. Normalmente, están disponibles hasta que se recupere el trabajador o la condición se estabilice. En algunos países, sin embargo, la atención gratuita es limitada, la cantidad se basa en la duración de los servicios o su costo total.

Los programas de lesiones de trabajo también proporcionan beneficios a los sobrevivientes. Estos beneficios son habitualmente pagaderos a una viuda, independientemente de su edad, hasta su muerte o matrimonio; a un viudo con una discapacidad; y a los huérfanos con ciertos límites de edad. Si el beneficio no se agota en reclamaciones de la supervivencia inmediata, pueden ser elegibles para beneficios pequeños dependientes de padres u otros familiares. No hay período mínimo de cobertura.

Las funciones involucradas en la administración de programas por lesiones de trabajo difieren ampliamente entre los países en que residen los empleadores.

Desempleo

Se produce por la pérdida de ingresos resultante del desempleo involuntario. En algunos países, estos programas son independientes de otras medidas de seguridad social y pueden vincularse estrechamente con los servicios de empleo. En otros países, los programas de desempleo se incluyen con las medidas de seguridad social que cubren otros riesgos a corto plazo, aunque los servicios de empleo, podrán verificar el desempleo y ayudar en la búsqueda de un empleo.

Los programas de desempleo que existen en los países industrializados, son obligatorios y bastante amplios. Algunos restringen los beneficios a quienes satisfacen una prueba de medios o ingresos. Además de los programas que ofrece el plan de pagos, un número de países proporciona subvenciones, pagaderos por una agencia del Gobierno o el empleador; otros países ofrecen cuentas de indemnización individual, proporcionando beneficios totales iguales al valor del capital acumulado en la cuenta individual. Además, los empleadores en muchos casos están obligados a pagar la suma de indemnización a trabajadores despedidos.

Aproximadamente, la mitad de los programas de desempleo obligatorio cubren la mayoría de las personas empleadas, independientemente del tipo de actividad laboral. La cobertura de los programas restantes se limita a los trabajadores de la industria y el comercio. Algunos excluyen a asalariados que ganan más de una cantidad especificada. Algunos tienen disposiciones especiales para empleados temporales y estacionales. Varios países tienen programas de desempleo laboral especial, generalmente para los trabajadores de la construcción, estibadores, empleados del ferrocarril y gente de mar.

Los sistemas de seguros voluntarios se limitan a las industrias en las que los sindicatos laborales han establecido fondos de desempleo. El ser miembro de estos fondos es generalmente obligatorio para los miembros del sindicato en un sector cubierto y puede abrirse de forma voluntaria a todos los empleados. Los trabajadores no asegurados como recién graduados o por cuenta propia, por ejemplo, pueden ser elegibles para un beneficio de asistencia subvencionada por el Gobierno cuando estén desempleados.

Los métodos utilizados para financiar el seguro de desempleo se basan en los mismos principios contributivos que otras ramas de la seguridad social, se pagan contribuciones que ascienden a un porcentaje fijo del salario cubierto de manera programada. En muchos casos, el Gobierno también otorga un subsidio, particularmente para los beneficios extendidos.

Las contribuciones de seguros de desempleo son compartidas por igual entre empleados y empleadores en muchos países. Alternativamente, la contribución total puede hacerla el empleador. Sin embargo, los subsidios del gobierno pueden ser bastante grandes, y puede ser las dos terceras partes de los gastos del programa. En algunos países la asistencia al desempleo son financiados enteramente por los gobiernos, con ninguna contribución del empleador o empleado.

Para tener derecho a las prestaciones de desempleo, un trabajador debe estar desempleado involuntariamente y haber completado un período mínimo de cotizaciones. El período de calificación más común es de 6 meses de cobertura dentro del año antes del empleo cesado. Sin embargo, en un número de países industrializados, los estudiantes recién egresados que no son capaces de encontrar puestos de trabajo pueden ser elegibles para beneficios de desempleo, incluso sin un registro de trabajo. Este beneficio proporciona una transición de la escuela al trabajo, especialmente en períodos de recesión.

Casi todos los programas de seguro de desempleo, así como los que prestan ayuda a los desempleados, exigen que los solicitantes sean capaces, y estar disponibles para trabajar.

Un trabajador desempleado, por tanto, no es elegible para beneficios de desempleo por estar incapacitado o de lo contrario no puede aceptar una oferta de trabajo. Normalmente, el trabajador desempleado debe registrarse en una oficina de empleo e informar regularmente mientras continúen los pagos. Esta estrecha relación entre desempleo y servicios de colocación asegura que pagará beneficios sólo después de que la persona ha sido informada de las oportunidades de trabajo actuales.

Los beneficios semanales son generalmente un porcentaje del salario promedio de un período

reciente. En algunos países se utiliza un sistema de clases de salario en lugar de un porcentaje fijo único. La tarifa básica de prestaciones por desempleo suele ser entre 40 y el 75 por ciento de los ingresos promedio. Sin embargo, un límite máximo de los salarios que se utiliza para cálculos de beneficio o disposiciones máximas puede limitar considerablemente el rango dentro del cual se aplica el porcentaje básico de los salarios.

Los montos en dinero a veces son pagaderos en lugar de beneficios graduales que varían de acuerdo con los últimos salarios y habitualmente difieren según la situación familiar o, en ocasiones, la edad del trabajador. Los suplementos para un cónyuge y los hijos se agregan generalmente a la prestación básica de los trabajadores desempleados que son jefes de familia. Estos suplementos son aportes o un porcentaje adicional de los ingresos promedio.

La mayoría de los países tiene un período de espera de varios días antes de tener que pagar para reducir la carga administrativa de tratar un gran número de pequeñas reclamaciones de beneficios de desempleo. La mayoría de períodos de espera son entre 3 y 7 días. Algunos programas tienen un período de espera para cada incidente de desempleo y otros limitan la elegibilidad para una vez al año. Períodos de espera más largos pueden prescribirse para algunos trabajadores, como los trabajadores estacionales. La duración de las prestaciones también puede depender de la duración del período anterior de contribución o cobertura del programa. Ese criterio puede reducir la duración máxima de beneficios de desempleo para los trabajadores con trabajos historias de relación laboral breves. Sin embargo, en algunos programas, trabajadores con una larga historia de cobertura pueden tener su período de beneficio extendido mucho más allá de la máxima ordinaria.

Algunos sistemas de seguro de desempleo pueden ser administrados por los departamentos de gobierno o instituciones autónomas que generalmente son también coordinadas por representantes de los asegurados, empleadores y el Gobierno.

Algunos países han fusionado la administración del seguro de desempleo y programas de servicio de empleo, especialmente en los niveles administrativos inferiores donde se reciben reclamaciones y beneficios que son pagados por

la Oficina de empleo local. Otros países requieren que las personas se registren en una oficina de empleo local, pero la recepción de reclamos y pago de las prestaciones son manejados por una oficina de seguro independiente.

Prestaciones familiares

Estas prestaciones tienen la finalidad de cubrir situaciones de necesidad económica o el exceso de gastos que pueden originar para algunas personas, la existencia de cargas familiares así como el nacimiento o adopción de hijos en algunos casos. Estos programas pueden ser integrados con otras medidas de seguridad social o totalmente separados. Los subsidios familiares incluyen principalmente pagos regulares a familias con niños. En algunos países, también incluyen becas escolares, becas de nacimiento, maternas y servicios de salud y subsidios para adultos dependientes.

La mayoría de los países industrializados tienen programas de subsidio familiar que se originaron en Europa en el siglo XIX, cuando algunas grandes empresas comenzaron a pagar las primas a los trabajadores con familias numerosas. La idea se extendió gradualmente, y varios países europeos durante la década de 1920 y 1930. Sin embargo, la mayoría de los programas en funcionamiento hoy en día datan desde 1945.

Los programas de subsidio familiar son de dos tipos: universal y relacionadas con el empleo. La primera categoría, en principio, proporciona subsidios a todas las familias residentes, con un número determinado de niños. La segunda categoría proporciona subsidios a todos los trabajadores de sueldos y salarios y, en algunos casos, los trabajadores autónomos. Algunos sistemas cubren algunas categorías de personas desempleadas. La mayoría de los programas relacionados con el empleo pagan subsidios familiares a los asegurados con hijos a cargo de su cuidado al retirarse o estar sin trabajo y reciben la cobertura de enfermedad, desempleo, accidente de trabajo, discapacidad u otros beneficios. Relacionadas con el empleo los programas familiares también pagan los subsidios a las viudas de los beneficiarios de la seguridad social.

Las diferencias en los programas de subsidio familiar se reflejan en los métodos utilizados para

el financiamiento. En los sistemas universales, el costo total está generalmente cubierto por ingresos generales. Por el contrario, en los países vinculados a la elegibilidad de empleo satisfacen el costo de las prestaciones totalmente o en parte considerable de las contribuciones del empleador, generalmente uniforme de porcentaje de nómina.

Si las contribuciones del empleador no cubren el costo total, el resto se cubre normalmente de un subsidio del Gobierno. Algunos países requieren una contribución del empleador hacia los subsidios familiares, aunque algunos no. La elegibilidad está comúnmente relacionada con el tamaño de la familia y, en algunos casos, al ingreso familiar. Muchos países pagan indemnizaciones, comenzando con el primer hijo. Además, algunos países pagan un subsidio para una esposa no trabajadora o adultos dependientes, incluso si no hay niños.

En algunos países, las familias con un niño solamente son elegibles. Los requisitos de edad varían, pero generalmente están vinculados a su último año escolar o de la edad mínima para trabajar, que a menudo son los mismos y caen en entre el 14 y 18 años de edad. En la mayoría de los programas, la continuación de la enseñanza, aprendizaje o formación profesional califica a un niño para una extensión del límite de edad. En el caso de los niños con discapacidades, muchos países extienden más allá del límite de edad para educación continuada o pagan indemnizaciones indefinidamente. Si un programa paga una tarifa uniforme para todos los niños o un aumento o disminución de la cantidad por cada niño adicional ello puede reflejar la historia o la intención del programa. Por ejemplo, la estructura de prestación puede variar dependiendo de si la intención principal es proporcionar asistencia o estimular el crecimiento de la población. La prestación en la mayoría de los países es una cantidad uniforme para todos los niños, independientemente del número de ellos en una familia. El subsidio en la mayoría de otros países aumenta por cada niño adicional; el pago de un quinto hijo, por ejemplo, puede ser considerablemente mayor que para el primer o segundo hijo. En algunos países, el subsidio por hijo disminuye o cesa con la incorporación de los niños más allá de un cierto número. En algunos países, los subsidios familiares (y exenciones fiscales para los familiares dependientes) han

sido sustituidos o complementado por créditos u otras formas de un impuesto negativo.

En los países donde las prestaciones familiares están disponibles para todas las familias y financiados con cargo a las rentas generales, el programa es administrado por un departamento gubernamental. Los márgenes son pagaderos principalmente a las familias de las personas empleadas y financiado principalmente de las contribuciones del empleador, la administración puede ser efectuada por una agencia semi-autónoma bajo supervisión pública. Con fondos de nivelación se pueden manejar las operaciones financieras del programa. Cada empleador paga subsidios familiares a sus empleados con sus salarios. La empresa paga sólo el superávit o déficit de contribuciones, después de deducir las prestaciones que la empresa ha pagado. De los fondos locales en relación con los fondos de estabilización regional bajo cuya supervisión operan, sigue un procedimiento similar de resolver sólo superávit o déficit. El proceso de ecuilibración permite fijar una tasa de contribución uniforme para todos los empleadores, independientemente del número de niños en las familias de sus empleados.

REFERENCIAS

1. OMS. World Health Organization. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44373>, 2010.
2. Lecuna V. Proclamas y Discursos del Libertador. Lit. y Tip del Comercio Caracas. 1939.
3. Zúñiga Cisneros M. Seguridad Social y su historia 1980. Madrid, España: Editorial Mediterráneo Diego de León; 1980;39(I):19, IX:113.
4. Clemente Heimerdinger A. El médico venezolano en el desarrollo de la política de salud. En: López JE, Briceño-Iragorry L, editores. Colección Razetti. Volumen IV. Caracas: Editorial Ateproca; 2007.p.287-311.
5. Ingenix. Relative Values for Physicians. 2000. Publisher: Optuminsight Inc. USA.
6. Clemente Heimerdinger A. Seguridad Social y Salud Universales para Venezuela. Anteproyecto. 02.08.12.
7. AISS. Asociación Internacional de la Seguridad Social. Social Security Throughout the World. 2011. SSA Pub. 13.11803.
8. Mesa-Lago C, Bertranou F. Manual de Economía de la Seguridad Social. Centro Latinoamericano de Economía Humana (Claeh). 1998.
9. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Módulos de principios de Epidemiología para el control de las enfermedades, siete unidades. ISBN: 92 75 32407 7, 2002.
10. Pan American Health Organization. World Health Organization. Regional consultation of the Americas on Health Systems Performance Assessment. Washington, D.C. 2001:8-10.
11. Becerril V, Medina G, Aquino R. Sistema de Salud en Brasil. Salud Pública Mex. 2011;53(Supl. 2):S120-S131.
12. Health care in France en. wikipedia.org/wiki/Health_care_in_France –
13. World Health Organization Assesses the World's Health Systems". Who.int. 8 December 2010. http://www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/en/. Retrieved 6 January 2012.
14. Health Insurance in Germany. Resources for Small Business in Germany in the English Language http://www.willamette.edu/centers/publicpolicy/projects/oregonsfuture/PDFvol5no2/countries_healthcare.pdf.