

CAPITULO IV

SEGURIDAD SOCIAL

EL CONCEPTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Los signatarios de la Carta del Atlántico reconocieron que la seguridad social era un corolario a los tradicionales derechos del hombre. La seguridad social es una prueba para la eficacia de los regímenes existentes de seguro social y, por extensión, de la política nacional y aún internacional, ya que el seguro social sólo puede tener éxito si las posibilidades que acepta se mantienen dentro del marco de la aplicación de la política económica y de salud pública. Se considera al seguro social como el medio por el cual la seguridad social llega al pueblo cuando se ha alcanzado un cierto nivel de producción y de salud.

Los países americanos, en los que después de 1930 el seguro social se ha extendido y desarrollado constantemente, se reunieron en Santiago de Chile en 1942, para celebrar la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social. En la Declaración de Santiago de Chile formularon una filosofía de la seguridad social, expusieron el rol del seguro social y un programa de cooperación interamericana. En vista de su importancia fundamental se transcribe a continuación el texto de la Declaración de Santiago:

I. SEGURIDAD SOCIAL Y ECONÓMICA

1. La Sociedad debe encontrar en el esfuerzo solidario de todas las naciones y de todos los hombres una nueva inspiración para abolir la miseria y garantizar la conquista digna y suficiente de los medios de vida.

2. El poder de los recursos económicos y técnicos, debe aprovecharse en la satisfacción de las necesidades de existencia del mayor número de personas y de todos los pueblos.

3. El objetivo económico no basta por sí solo para consolidar una abierta y generosa cooperación si no se identifica con el de un orden social justo, en el que se distribuyan equitativamente los rendimientos de la producción.

4. Cada país debe crear, mantener y acrecentar el valor intelectual, moral y físico de sus generaciones activas, preparar el camino a las generaciones venideras y sostener a las generaciones eliminadas de la vida productiva. Este es el sentido de la seguridad social: una economía auténtica y racional de los recursos y valores humanos.

5. El otorgamiento de estas garantías básicas estimula el esfuerzo y la iniciativa individuales y mejora la estructura de la colectividad por la eliminación de las causas de inseguridad social.

II. SEGURO SOCIAL

6. El seguro social, como expresión de la seguridad social está llamado a:

- a) organizar la prevención de los riesgos cuya realización priva al trabajador de su capacidad de ganancia y de sus medios de subsistencia;
- b) restablecer, lo más rápida y completamente posible, la capacidad de ganancia perdida o reducida como consecuencia de enfermedad o accidente;
- c) procurar los medios de existencia necesarios en caso de cesación o interrupción de la actividad profesional como consecuencia de enfermedad o accidente, de invalidez temporal o permanente, de cesantía, de vejez o de muerte prematura del jefe de la familia.

III. UN PROGRAMA CONTINENTAL

7. Una política de seguridad social de América deberá promover las medidas destinadas a aumentar las posibilidades de empleo y mantenerlo a un alto nivel, a incrementar la producción y las rentas nacionales y distribuirlas equitativamente, y a mejorar la salud, alimentación, vestuario, vivienda y educación general y profesional de los trabajadores y sus familias.

8. La salud, la capacidad y el bienestar de los trabajadores de una nación americana interesan también a las demás naciones americanas, por lo que se impone una acción concertada de los organismos de seguridad social en resguardo del capital humano, garantía de la integridad y defensa continental.

9. Esta acción involucra la necesidad de constituir entre las Naciones de América un acervo común de los elementos necesarios para la continuidad de su acción social, para el mantenimiento de su unidad y para hacer frente en ese orden a toda clase de eventualidades.

10. Un acuerdo continental de los organismos de seguridad social establecerá nuevos vínculos de solidaridad en la solución de los problemas que afectan más profundamente el destino y la conciencia de los pueblos y reforzará la fe en el futuro de América.

IV. UNA ASPIRACIÓN MUNDIAL

11. Las decisiones de América en orden a la nueva estructura de la seguridad social, constituyen su aporte a la solidaridad del mundo en la conquista del bienestar de los pueblos y al logro y mantenimiento de la paz.

La Conferencia adoptó varias resoluciones que, inspirándose en la Declaración, definen los objetivos que debe alcanzar el seguro social a fin de cumplir adecuada y económicamente sus funciones de otorgador de la seguridad social. En líneas generales estas resoluciones recomiendan:

la extensión del campo de aplicación del seguro obligatorio para incluir en él a los trabajadores agrícolas, servidores domésticos, trabajadores intelectuales e independientes;

el otorgamiento de prestaciones en dinero en caso de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, muerte y desocupación, y en caso de incapacidad y muerte debidas a accidentes industriales y enfermedades profesionales;

el otorgamiento de asistencia médica y exámenes preventivos de salud para los asegurados y sus familias;

la unificación en un sistema integral de las distintas ramas del seguro social, incluyendo el seguro de riesgos profesionales;

la unificación o coordinación de la asistencia social con el seguro social.

La seguridad social fué un punto importante del orden del día de la 26a Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo (Filadelfia, 1944). La Oficina tuvo la difícil tarea de preparar para el estudio de esta Conferencia, los proyectos de Recomendación que guiarían a los Estados Miembros en la planificación de su política de seguridad social de postguerra. Evidentemente que los Convenios adoptados por la Conferencia entre ambas guerras sobre cada una de las ramas tradicionales del seguro social, debieron continuar siendo la base de estas nuevas Recomendaciones. Pero era igualmente claro que éstas, a fin de determinar el camino futuro de la seguridad social, deberían obtener su inspiración de fuentes como las nuevas doctrinas que tienen una mayor autoridad.

Para su aplicación las Recomendaciones deberían ser internacionales y no regionales. Como hemos visto, la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, mirando en particular las posibilidades y las necesidades de los Estados latinoamericanos, señaló el camino hacia la "nueva estructura de la seguridad social". Mientras que en la Europa ocupada reinó un silencio forzado, en el ambiente libre de las Américas y de la Comunidad de Naciones Británicas, el grande interés y esperanzas populares estimularon a los gobiernos para apresurar la planificación de la seguridad social en líneas más amplias. En el examen de los nuevos planes, que la Oficina ha podido consultar, tales como, el Informe Beveridge¹, la Ley Mexicana², el Informe Marsh³, el proyecto Wagner-Murray-Dingell de 1943⁴, la legislación de Nueva Zelandia⁵ y los proyectos

¹ Véase: *Revista Internacional del Trabajo*, vol. XXVII, núm. 1, en. de 1943, págs. 53-69, "Planes de seguridad social en Gran Bretaña", también en tirada aparte.

² *Idem*, vol. XXVII, núm. 2, feb. de 1943, págs. 283-285.

³ *Idem*, vol. XXVII, núm. 5, mayo de 1943, págs. 673-695, "Planes de seguridad social en Canadá", también en tirada aparte.

⁴ *Idem*, vol. XXVIII, núm. 2, ag. de 1943, págs. 289-291. Véase también: *idem.*, vol. XXXI, núm. 6, jun. de 1945, págs. 769-793, "El progreso de la seguridad social en las Américas en 1944", por Arthur J. ALTMAYER, también en tirada aparte.

⁵ I.L.O.: *Legislative Series*, 1942, N.Z. 1; 1943, N.Z. 1.

de Australia¹, se demostró que la táctica y los métodos de administración que convenían a un país, pueden diferir de acuerdo con los grados de industrialización y, por lo tanto, del bienestar alcanzado por este país y de la preparación general que tuviese para un gran esfuerzo de solidaridad social. Mientras una nación está preparada para dar a su pueblo un sistema completo de seguridad de medios económicos de subsistencia y de asistencia médica en pocos años, financiándolo a través de un impuesto a la renta, otro país puede prudentemente decidir alcanzar el mismo objetivo por una expansión gradual del sistema de seguridad social sobre la base ya clásica. En consecuencia, las Recomendaciones sometidas a la Conferencia de Filadelfia tuvieron que considerar a ambos grupos de Estados Miembros: aquéllos que podrían alcanzar los standards propuestos en un futuro cercano y aquéllos que deberían mirarlos como la finalidad de una política a largo plazo.

Las Recomendaciones aprobadas, por gran mayoría, son una síntesis clara de las elaboraciones detalladas del concepto de seguridad social que se encontraron en los distintos proyectos nacionales. Sin ningún sentido utópico, se declara explícitamente en los preámbulos, que la rapidez con que se pongan en práctica estas ideas, depende de las condiciones nacionales de cada uno de los Estados Miembros.

Las Recomendaciones de la Conferencia de Filadelfia que se relacionan con la política permanente de la seguridad social (distinta a aquélla del período de transición de la guerra a la paz) son las tres siguientes:

Recomendación referente a la seguridad de medios económicos de subsistencia, núm. 67;

Recomendación relativa a la asistencia médica, núm. 69; y

Recomendación referente al servicio del empleo, núm. 72.

Los tres temas de estas Recomendaciones son las tres formas necesarias de prestación de un sistema de seguridad social: prestación en dinero en caso de incapacidad para el trabajo o para obtenerlo; y los servicios destinados a impedir o a remediar la necesidad de una prestación en dinero—asistencia médica y colocación en empleo conveniente. Cada una de estas prestaciones individuales presuponen la existencia de una correspondiente política nacional que sirva a la comunidad como tal: control del costo de la vida, creación de un ambiente salubre y fomento del empleo completo. Las prestaciones a las personas y los servicios generales deben ser colocados

¹ Véase: *Revista Internacional del Trabajo*, vol. XXIX, núm. 1, en. de 1944, págs. 126-129; vol. XXX, núm. 2, ag. de 1944, págs. 238-246, "Programa de salubridad para Australia". También véase: COMITÉ INTERAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL, *Boletín Provisional*, núm. 4, págs. 11-36.

en un solo mecanismo y no pueden trabajar efectivamente si falta alguna de sus partes o si se encuentran mal proporcionados.

De acuerdo con los sistemas de seguridad social que existen o están en estudio en los países de América, las prestaciones en dinero y la asistencia médica se proporcionan sobre la base del seguro social y en algunos casos por un sistema de asistencia; pero en la Comunidad de Naciones Británicas hay la tendencia marcada de hacer de la asistencia médica un servicio gratuito a disposición del público, mientras que en Australia y Nueva Zelandia el derecho a la prestación en dinero y la obligación a pagar cotizaciones de seguridad social, no tienen relación entre sí. Por el contrario, el servicio del empleo, cuando existe, es siempre otorgado gratuitamente a cada uno que solicite su ayuda.

La Recomendación referente a la seguridad de medios económicos de subsistencia reconoce, en su forma y contenido, que al tratar del problema de la pérdida involuntaria de entradas la primera consideración debería ser la necesidad de la persona respectiva y su familia, y no la causa específica de la pérdida, por ejemplo, enfermedad o cesantía, o aún las cotizaciones que él haya pagado. La Recomendación considera el establecimiento de un solo sistema de seguro obligatorio en el cual deberían estar asegurados todos los asalariados e independientes, el que otorga prestaciones a lo menos suficientes para la subsistencia en caso de incapacidad para el trabajo (incluyendo vejez), de incapacidad para obtener un trabajo remunerado, y muerte, considerando las cotizaciones pagadas por los asegurados y en su nombre por los empleadores y el Estado. Se definen en qué casos estas prestaciones deben ser otorgadas: enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, muerte del jefe de familia, desocupación y daños originados en el empleo. El sistema del seguro debería estar organizado en consulta con las organizaciones obreras, de empleadores y de otras categorías de cotizantes. Se considera un sistema subsidiario de asistencia coordinado con el sistema del seguro y responsable de la mantención de grupos dependientes, especialmente niños, a los que le faltan los medios suficientes de subsistencia. Los principios básicos de la Recomendación están ampliados por sugerencias detalladas sobre la manera en que pueden aplicarse. Por ejemplo, se sugiere que la creación de un sistema unificado de seguro social que otorgue prestaciones básicas no excluya la existencia de regímenes especiales de seguro con prestaciones suplementarias para ciertos grupos profesionales.

La Recomendación relativa a la asistencia médica incluye los métodos de organizar un servicio completo de asistencia médica destinado a incluir a toda la población. Contiene muchas sugerencias para métodos alternativos de organización que pueden elegirse de

acuerdo con el grado de desarrollo del servicio y la distinta naturaleza de los problemas que deben resolverse. La asistencia médica, tanto curativa como preventiva, debería ser la más completa posible y proporcionarse a través de una organización que asegure la mayor economía y eficacia, reuniendo personal, equipo y conocimientos técnicos, y que permita al paciente, sujeto a limitaciones razonables, escoger su médico. Puede ser proporcionada por un servicio de seguro social que cubra, tanto a los cotizantes como a sus familiares, o por un servicio médico público: en ambos casos tanto los beneficiarios como las profesiones médicas y anexas deberían estar representados en la administración. Naturalmente que todas las personas que están recibiendo prestaciones en dinero de un sistema de seguro social deberían tener derecho a asistencia médica. Debería establecerse una estrecha colaboración entre el servicio de asistencia médica y los servicios generales de salubridad que existen para resguardar la salud de toda la comunidad o de ciertos grupos particularmente amenazados.

La Recomendación referente al servicio del empleo, desarrolla el principio ya adoptado en un Convenio de 1919, este es que cada país debería establecer un sistema de oficinas públicas gratuitas de empleo bajo el control de una autoridad central. Durante la guerra la movilización de la mano de obra en los distintos países ha engendrado un nuevo concepto del rol del servicio del empleo, que puede considerarse como un aspecto constructivo para el cumplimiento de su tarea. En consecuencia, las funciones del servicio no deberían limitarse a colocar a los trabajadores en empleos convenientes y ayudar a los empleadores a llenar las vacantes en cooperación con el servicio del desempleo sino que deberían incluir la recopilación de todas las informaciones que se necesitan para ejecutar una política de empleo completo y para planificar la ubicación de la industria.

EL DESARROLLO DE LA SEGURIDAD SOCIAL, 1940-1945

Los países americanos al implantar o reformar su legislación de seguridad social han podido tener en consideración las políticas y experiencias de sus vecinos y de Europa. Sin duda que las resoluciones de la Primera y Segunda Conferencias Regionales de los Estados de América Miembros de la Organización Internacional del Trabajo, los Convenios y Recomendaciones aprobados por la Conferencia Internacional del Trabajo, y el hecho de que el primer régimen general de seguro social establecido en un país americano, la Ley chilena de 1924, consideró la unidad fundamental de los riesgos que deberían cubrirse, han ejercido una influencia decisiva. Las Re-

comendaciones sobre la seguridad social de la Conferencia de Filadelfia aprobadas con el importante apoyo de los delegados de los países de América que armonizan con las líneas generales de la legislación propuesta en los Estados Unidos (Proyecto Wagner-Murray) y adoptado en Brasil (Ley orgánica que crea el Instituto de los Servicios Sociales), podrían, servir de guía para la transformación gradual del seguro social en las Américas. Se puede mirar con optimismo la implantación, en un futuro no distante, y a través de un avance democrático y pacífico, de servicios completos de seguridad de medios económicos de subsistencia y de asistencia médica que cubran a la mayor parte del continente.

El estado de la legislación del seguro social de los países americanos en 1945, comparada con la que existía en el momento en que se efectuó la Segunda Conferencia Regional, demuestra el rápido desarrollo alcanzado a pesar de los obstáculos provenientes de la segunda guerra mundial. Sin duda que un inventario del seguro social en las Américas habría sido imponente, aún en 1939: en casi todos los países de América había regímenes de accidentes del trabajo y en Chile, Ecuador y Perú funcionaban sistemas generales de seguros sociales cubriendo los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte. Existían regímenes de pensiones en la Argentina, Brasil y Uruguay para los principales grupos de los trabajadores urbanos, mientras los Estados Unidos habían puesto en vigencia su Ley de Seguridad Social sobre seguro de vejez y sobrevivientes, y compensación por desocupación para los trabajadores industriales y comerciales.

Sin embargo, un progreso mucho mayor fué completado en los años 1940-1945. Muchos países han establecido el seguro social y otros que ya lo poseían han extendido su campo de aplicación a regiones más amplias y a otros grupos de trabajadores. Por otra parte, se abandona gradualmente la práctica de crear regímenes separados de seguro para cada riesgo, bajo la influencia de un concepto integral de la seguridad social que incluya todos los casos de incapacidad del trabajo sin mirar a su causa, considerando sólo las necesidades que exige la substitución o suplementación de las ganancias.

Los países de América que han creado el seguro social durante los últimos años no han seguido los mismos caminos que los países europeos, que al fin del siglo pasado y al comienzo del actual, aplicaron el seguro social sólo a ciertos grupos profesionales y administraron el seguro de enfermedad y el de pensiones a través de organismos separados. Las naciones del continente han adoptado sistemas de seguros sociales que, en principio, son generales en su campo de aplicación e integrales en su concepto, aunque serias dificultades

prácticas han hecho necesario prever la posibilidad de alcanzar por etapas su aplicación completa. Este es el caso de Costa Rica, México, Panamá, Paraguay y Venezuela. Así, en virtud de una legislación destinada desde un comienzo a todos los asalariados incluyendo los independientes, el seguro se ha introducido primero en los principales centros urbanos y en aquellas regiones en donde la percepción de las cotizaciones y el pago de prestaciones no se hurtan a obstáculos que se encuentran en las áreas muy escasamente pobladas.

Otro hecho característico de las nuevas leyes de seguro social es la atención que se da a la salubridad. Bajo los regímenes de seguro confinados a pequeños grupos profesionales, se da una especial importancia al seguro de pensiones (Argentina, Brasil, Cuba, Uruguay), en cambio los más recientes regímenes generales, siguiendo los ejemplos de Chile y Perú han establecido el seguro de enfermedad y maternidad al mismo tiempo que el seguro de pensiones (México, Panamá, Paraguay), o, comenzando con el seguro de enfermedad y maternidad, posponen la creación del seguro de pensiones (Costa Rica y Venezuela).

Diferentes leyes, proyectos y planes demuestran la tendencia a cubrir todos los riesgos por medio de un sistema amplio de seguridad social.

La ley brasileña del 7 de mayo de 1945 que crea el Instituto de los Servicios Sociales, legisla sobre el seguro y la asistencia sociales, y se financia por cotizaciones tripartitas y subsidios estatales, se aplica a toda la población, y cubre los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez y muerte y las necesidades mínimas de alimentación, vivienda y vestuario, y otorga prestaciones no inferiores al 70 por ciento del salario mínimo regional. En los Estados Unidos el Proyecto Wagner-Murray de 1945, presentado al Senado y a la Cámara de Representantes y apoyado por todo el movimiento sindical, reformaría la Ley de Seguridad Social, otorgando asistencia médica y prestaciones en dinero en caso de enfermedad, maternidad e invalidez, transformaría el régimen estatal de desocupación en un sistema federal de seguro de desocupación y extendería el campo de aplicación del seguro obligatorio a todos los trabajadores que obtienen salarios, incluyendo los trabajadores agrícolas e independientes. Este sistema se financiaría con una cotización del 8 por ciento de los salarios y a través de subsidios federales. Además, el proyecto prevé la otorgación de subsidios federales a los Estados a fin de permitir a éstos que mantengan mejor su asistencia pública, sus servicios de sanidad, de bienestar infantil, de madre y niños y para que construyan los hospitales necesarios. A fines de 1945, el Presidente Truman envió un mensaje al Congreso, en el cual solicitó

una inmediata y cuidadosa atención para un programa legislativo de salubridad, incluyendo construcciones de hospitales, fortalecimiento de la salud pública, servicios de bienestar materno-infantiles, educación e investigación médicas y el pago anticipado de gastos médicos, y recomendó que las prestaciones de enfermedad e invalidez se consideraran junto con las prestaciones en dinero cuando se reexaminen las medidas existentes de seguridad social. El Proyecto de Salubridad Nacional de 1945, que fué presentado al Senado y a la Cámara de Representantes y que contiene los objetivos mencionados por el Presidente, no se diferencia mucho en lo que respecta a los problemas de salubridad del Proyecto Wagner-Murray de 1945 ya mencionado.

Como una medida previa a una reforma substancial a sus regímenes de pensiones y de seguro de maternidad, la Argentina unificó en octubre de 1944, todas las instituciones de seguro, transformándolas en secciones del nuevo Instituto de Seguro Social, cuya finalidad consiste en la protección biológica y económica de los individuos contra los riesgos profesionales y sociales. En el mismo año se ha establecido un régimen de seguro de pensiones para los empleados de comercio.

Canadá creó en 1940 el seguro federal de desocupación que tiene ahora 2½ millones de asegurados, y en 1945 aprobó un régimen de asignaciones familiares que se aplica a toda la población. Parece que en un futuro cercano se creará un servicio nacional de salubridad administrado por las provincias. Estos regímenes son elementos importantes en el sistema de seguridad social delineado en el Informe Marsh.

Las medidas tomadas en Canadá por el Gobierno del Dominio están de acuerdo con la tendencia existente en otros países americanos con estructura federal, según las cuales las autoridades centrales, usando sus derechos constitucionales establecen sistemas de seguros sociales, o cooperan con las autoridades locales con el mismo fin.

Entre los países de América en donde aún no se ha franqueado la etapa preparatoria hacia la creación de un amplio régimen de seguridad social, hay muchos que tienen planes en proyectos o los proyectos redactados. En Cuba se ha elaborado un plan que coordina las instituciones de seguro de pensiones y de maternidad y que incluye los servicios de salubridad y de enseñanza profesional en un sistema de seguridad social. Un proyecto colombiano presentado en 1945 establece un régimen de seguro que se aplica a todos los asalariados e independientes y que cubre los riesgos de enfermedad, maternidad, daños originados en el empleo, invalidez, vejez, muerte y desocupación, debiendo aplicarse por etapas. En Bolivia, el proyecto de seguro social de 1944, se aplicaría a los empleados

públicos, obreros manuales, mineros y ferroviarios; la proyectada institución de seguro social estudiaría la inclusión de los empleados privados; el financiamiento del proyecto se basa en cotizaciones de los asegurados y de los empleadores. En Haití ya han alcanzado una etapa avanzada los preparativos para proponer la creación de un seguro de enfermedad, maternidad y accidentes del trabajo.

PROGRESOS PARCIALES EFECTUADOS EN 1940-1945

Las importantes medidas a las que nos hemos referido y que se resumen en un cuadro anexo son grandes contribuciones para la transformación de los regímenes de los seguros sociales americanos en sistemas nacionales de seguridad social en armonía con las Recomendaciones adoptadas por la Conferencia de Filadelfia. Pero debería tomarse en cuenta también los progresos alcanzados desde 1939 en los países de América a través de avances parciales que contribuyen también a la realización gradual de la idea de la seguridad social. Estos progresos ilustran la manera como puede extenderse la esfera de acción de los regímenes de seguro, incluyendo nuevos grupos de trabajadores tales como los agrícolas e independientes y cubriendo nuevos riesgos como, por ejemplo, la desocupación y responsabilidades familiares; pero justamente, debido a que estos avances son parciales, demuestran las dificultades a que los países americanos deben hacer frente en razón de sus condiciones geográficas, demográficas, económicas o constitucionales.

La aplicación del seguro obligatorio a los trabajadores agrícolas se complica por la dificultad de percibir las cotizaciones y por la falta de facilidades médicas en el medio rural. Sin embargo, un país sudamericano con extensión territorial relativamente pequeña, no se ha visto detenido por estas dificultades o por lo menos por una de ellas: desde 1944, Uruguay aplica un régimen de seguro financiado por un impuesto territorial y que otorga pensiones de invalidez, de vejez (a los 60 años) y de sobrevivencia, y prestaciones de desocupación a todas las personas que trabajan en profesiones rurales. El mismo país, ha incluido en su sistema principal de seguro de pensiones a los servidores domésticos. En Cuba, el nuevo régimen de seguro de pensiones para la industria azucarera se aplica a los trabajadores del campo que trabajan en las plantaciones así como a los obreros de los ingenios y del comercio azucarero. En los Estados Unidos, los proyectos para incluir a los trabajadores agrícolas y pequeños propietarios en el campo de aplicación de la Ley de Seguridad Social, postulan que los independientes deberían contribuir pagando un impuesto adicional a la renta y que las cotizaciones de los obreros deberían percibirse por estampillas.

La aplicación del seguro obligatorio al trabajador independiente encuentra obstáculos aún en las regiones urbanas. En Brasil, el Instituto de Transportes y Cargas ha podido incluir a los conductores de vehículos de automóviles, y cada vez se hace mayor la necesidad de considerar a los pequeños comerciantes, artesanos y trabajadores intelectuales independientes. Algunas de las recientes leyes del continente americano declaran que el seguro obligatorio debe aplicarse a estos grupos; sin embargo, numerosas dificultades administrativas, particularmente en lo que se refiere al cálculo y percepción de cotizaciones, ha pospuesto la aplicación de este seguro, de tal manera que el problema sólo podría resolverse dentro del cuadro de un sistema nacional de seguridad social.

Los riesgos cubiertos por los sistemas de seguridad social se han extendido con la creación de asignaciones familiares en Brasil (1943), Canadá (1945) y Uruguay (1943), y como ya se ha mencionado, con el seguro de desocupación en Canadá. El sistema brasileño de asignaciones infantiles comprende sólo a las familias numerosas, mientras que en Canadá cada niño es un beneficiario. Ambos regímenes son federales y se financian por impuestos federales. En Uruguay, en donde la asignación se paga por todos los hijos de los obreros y empleados, se ha preferido el sistema contributivo como en Chile, cuando en 1937, se dictaron las medidas para otorgar asignaciones a las familias de los empleados privados.

En el movimiento destinado a concentrar todas las ramas del seguro en manos de una sola institución, se puede observar una fuerte tendencia a incorporar el seguro de accidentes en el régimen general del seguro social, aunque la forma en que opera esta tendencia difiere de un país a otro. La socialización de la administración del seguro de accidentes transfiriéndolo de las compañías de seguro a las instituciones de seguro social, se ha efectuado en Ecuador, México y Venezuela, y está siendo efectuado gradualmente en Brasil; y se le discute en Chile y Costa Rica. Una integración de las prestaciones del seguro de accidentes—financiado por los empleadores—en el seguro de enfermedad o de invalidez, representa una etapa posterior en la inclusión del seguro de accidentes en el régimen general de seguro social, etapa que se ha cumplido en Brasil, Ecuador, México, Paraguay y Venezuela. La reeducación profesional de los accidentados y de los inválidos en general, y la prevención de los accidentes del trabajo, preocupa la atención de los gobiernos en Brasil, Canadá, Chile y Estados Unidos. Mientras que en los Estados Unidos se ha creado un servicio especial federal estatal de rehabilitación, en Canadá y Chile, las autoridades del seguro de accidentes tienen a su cargo estas funciones, y en Brasil,

los distintos institutos de seguro social efectúan su trabajo dirigido por el Consultor Médico del Consejo Nacional de Trabajo.

En todas partes se hace un esfuerzo para obtener una economía racional de los recursos y valores humanos—como dice la Declaración de Santiago de Chile—con el desarrollo de servicios médicos. Los regímenes latinoamericanos de seguro social que otorgan asistencia médica, lo hacen a través de funcionarios médicos que trabajan como regla general en colaboración con los centros de salud. En Canadá y en los Estados Unidos, tanto este método de organización como aquel que conserva muchas trazas de la tradicional práctica privada, se cree que son posibles de aplicar uno al lado del otro en los proyectados servicios médicos nacionales. Pero en todos los países, cualquiera que sea el método de organización, se considera preferentemente el problema de coordinar el servicio médico de un seguro de enfermedad limitado a una sección de la población con los servicios de salubridad de la asistencia social o con las autoridades de salubridad pública. Sin embargo, hasta este momento, la coordinación no ha obligado a las instituciones de seguro social a que entreguen su equipo médico ni ha afectado la práctica de dedicar una parte de sus inversiones a la compra de equipos adicionales. La coordinación es prácticamente necesaria para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades sociales y endémicas y para el aprovechamiento de los hospitales. Ejemplos de esta coordinación se encuentran en la Ley de Medicina Preventiva chilena de 1938, en la construcción de hospitales y centros de salubridad por la Caja Nacional de Seguro Social del Perú como una contribución al equipo médico del país y en los acuerdos concluidos entre las cajas de seguros sociales con las autoridades de salubridad en el Perú y Costa Rica, a fin de distribuir y determinar sus respectivas responsabilidades. En Brasil en donde se ha reducido el período de espera para la prestación de enfermedad se ha coordinado la asistencia médica domiciliaria que otorgan distintas instituciones de seguro social.

Con objeto de reducir la alta proporción de incapacidades y muertes causadas por ciertas enfermedades, especialmente la tuberculosis, la Ley chilena de Medicina Preventiva de 1938, establece que todo asegurado debería ser examinado periódicamente, y que cuando se diagnostican estas enfermedades en una etapa curable, se paguen prestaciones de monto igual al salario durante el tratamiento. Más de la mitad de los afiliados a la Caja del Seguro Obrero que cuenta con 1.250.000, han sido examinados a fines de 1944 y entre ellos se ha encontrado un 5,25 por ciento con tuberculosis, 5,82 con sífilis y un 3,79 con enfermedades cardiovasculares. Se calcula que alrededor de un 60-70 por ciento de los tuberculosos

tratados mejoran. La completa aplicación de esta ley se dificulta por la insuficiencia del personal médico, hospitales y establecimientos de convalecencia. Otros países latinoamericanos están proyectando crear exámenes preventivos de la población trabajadora como base de sus sistemas de seguro social.

No basta proteger la salud de los trabajadores; las prestaciones médicas del seguro social deben ser también otorgadas a sus familiares. En muchos países los asegurados pueden procurarse asistencia médica para su familia, pagando una cotización adicional, pero se ha visto que esta medida queda letra muerta, a menos que la cotización se fije en un monto muy bajo, como en el Perú. En Paraguay y Venezuela en donde los recursos del seguro social se han calculado desde un comienzo para cumplir este propósito, la asistencia médica se otorga a las personas que dependen de un asegurado, sin el pago de una cotización adicional. Debido al hecho de que el seguro social previene la indigencia y conserva la salud de la gran masa de la población, se han solicitado fondos provenientes de las entradas generales del país, y esto lo han reconocido las legislaciones de casi todos los regímenes, otorgando subsidios. En algunos países, las autoridades gubernamentales encuentran dificultades para cumplir puntual y enteramente sus compromisos financieros con instituciones de seguro social, y si esta situación continúa, puede poner en peligro la estabilidad actuarial de éstas últimas.

La estabilidad de la moneda es también una amenaza a la prosperidad y eficacia del seguro social. ¿Qué puede hacerse a fin de mantener el poder de compra de las pensiones en caso de inflación o devaluación? Un decreto-ley brasileño de 1945, ha remediado la situación anormal de los pensionistas resultante del aumento progresivo de los precios, creando una escala de suplementos a las pensiones existentes, siendo el monto de estos suplementos proporcional al número de años (desde 1923) durante los cuales se ha pagado la pensión; en el futuro el sistema de seguridad social ahora proyectado fijará que la prestación no podrá ser nunca inferior al 70 por ciento del salario mínimo existente.

Las instituciones de seguro social, aunque no pueden controlar la estabilidad de la moneda, pueden hasta cierto punto precaverse contra sus efectos, invirtiendo sus fondos en valores que se ajusten al nivel de los precios. Es ventajosa la inversión de parte de los fondos, en la construcción de casas para obreros, no sólo desde el punto de vista del valor monetario sino también como un medio para aliviar la escasez de vivienda. Sin embargo, deben tomarse todas las medidas necesarias para que esta política de construcción satisfaga los standards de inversión y de liquidez exigidos para la estabilidad actuarial de la institución de seguro. Es tal vez prema-

turo aventurar una opinión definitiva sobre las experiencias hechas por las instituciones de seguro social de la América latina en sus inversiones, y se ve que es conveniente un estudio posterior de los problemas financieros y económicos que se plantean sobre esto.

Otro aspecto de una amplia política de seguridad social se relaciona con los servicios de colocación. Hasta cierto punto ellos constituyen un lazo fundamental entre la seguridad social y la vida económica de la comunidad. No hay que sorprenderse, por lo tanto, si encontramos que el concepto americano de la seguridad social comienza a considerar una evolución lenta pero significativa de los servicios nacionales de colocación. Con los progresos de la industrialización y las exigencias de tiempo de guerra para el empleo total de la competencia de cada obrero de la nación, los países americanos han apreciado el valor práctico de un servicio de colocaciones que reúna a todos los trabajadores disponibles y los empleos disponibles y que contribuya a los planes nacionales destinados a aumentar la producción y asegurar standards de vida más altos y seguridad social. En los años recientes, ciertas naciones americanas han dado los pasos necesarios para desarrollar un servicio de colocación, fortalecer y coordinar su trabajo y definir sus funciones. Canadá y los Estados Unidos han poseído servicios efectivos nacionales de colocación durante la guerra, y piensan guardar los fundamentos básicos de estos servicios para servirse en los años de la postguerra. La República Argentina crea un servicio nacional de colocación, de acuerdo con un decreto de julio de 1943, y Bolivia en abril de 1945, dictó un decreto reglamentando la organización de un sistema de oficinas públicas de colocación. El Servicio Nacional de Colocación de Chile fué transformado en Departamento en 1942. Brasil, Colombia, Cuba y México, entre otros países, han tomado las medidas necesarias para crear una más fuerte o más extensa red de oficinas de colocaciones. Ha habido, por lo tanto, una tendencia marcada a definir el propósito de los servicios de colocación en América en un sentido más amplio y más positivo. Esta tendencia puede observarse en la Argentina, Canadá, Chile y Estados Unidos. El resultado es que está cambiando el rol del servicio de colocación; no se le concibe ya ni se le mira como una red de oficinas de desocupación; se transforma en un canal de empleo, en una agencia que recluta los diferentes tipos de trabajadores necesitados en la industria y en el comercio y que dirige a los trabajadores especializados y a los técnicos hacia aquellos trabajos en que sus servicios pueden prestar el mayor beneficio para la nación. Los servicios de colocación se transforman en una fuente central de información de empleos de todas clases, que recoge y

mantiene al día el material relacionado con el volumen y la estructura del empleo y sobre el alcance y el carácter de la demanda por trabajadores; y estos factores sirven como guía a la política que se está aplicando, no sólo para el servicio de colocaciones sino para todos aquellos relacionados con la planificación de la producción y del empleo. Las tareas específicas de estos servicios aumentan en número e importancia proporcionalmente a su eficacia. La Recomendación referente al servicio del empleo, 1944, demuestra el rol central que puede tener un organizado servicio público de colocación. Esta Recomendación demuestra asimismo la revolución que se ha efectuado desde 1919 en el concepto de un servicio de colocación, en el momento en que el Convenio de paro exigió sólo que se creara un servicio central público de colocación. Los últimos acontecimientos ocurridos en los países americanos nos hacen ver que ellos están listos para continuar los objetivos más amplios que la Conferencia de 1944 estableció para un servicio de colocación, y para reconocer la contribución que puede otorgar un servicio que actúe a la base de estos principios en la consolidación de standards más altos de vida en el continente americano.

No pueden negarse las dificultades que existen en este continente para la aplicación de regímenes de seguro social de manera amplia y efectiva. A pesar de ello, una vez que el problema de principio ha sido resuelto dictando una legislación, se nota de inmediato un gran interés público para la aplicación de los problemas técnicos. La prueba de ello es la existencia de un gran número de revistas especiales, libros y artículos que se han publicado en las Américas sobre el problema del seguro social durante los últimos diez años. Ha habido numerosos congresos y conferencias dedicados a los problemas del seguro social, y como ejemplo de ello puede citarse la Primera Semana de Seguro y Asistencia Sociales celebrada en San Pablo en noviembre de 1944, y las conferencias que el Instituto Nacional de Previsión del Ecuador celebró con los representantes de los trabajadores organizados, a fin de contribuir a que el seguro social fuese conocido por el público y a fin de solucionar una serie de problemas que se habían presentado.

Sin embargo, la necesidad de cooperación técnica se extiende más allá de las fronteras nacionales, y es necesaria la colaboración internacional. La creación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y la adopción de la resolución núm. 13 por la Conferencia de Filadelfia han abierto el camino de un intercambio de experiencias sobre base continental, las que pueden dar un nuevo énfasis al progreso del seguro social en las Américas.

COOPERACIÓN INTERAMERICANA

Los gobiernos y las autoridades de los organismos de seguro social del continente, con espíritu previsor y cooperativo, decidieron durante la inauguración del Hospital Obrero de la Caja Nacional del Seguro Social del Perú en diciembre de 1940, echar las bases para la creación futura de una organización continental de seguros sociales. Para ello constituyeron un comité interamericano de iniciativas en materia de seguridad social, cuyo objetivo era, además "hacer posible un cambio organizado y permanente de informaciones entre los institutos de seguridad social de los países de América".

La idea así lanzada tuvo acogida unánime y favorable, y en 1942 en una conferencia efectuada a invitación del Gobierno de Chile en la capital de esa república, quedó estatuido "bajo el nombre de Conferencia Interamericana de Seguridad Social un organismo permanente de cooperación que actuará en relación con la Oficina Internacional del Trabajo y que . . . se propone inspirándose en los principios aprobados en materia de seguridad social por las conferencias tripartitas del trabajo de los Estados de América Miembros de la Organización Internacional del Trabajo, desarrollar y facilitar la cooperación de las administraciones e instituciones de seguridad social".

Desde su primera reunión, la Conferencia comprendió la necesidad de estudiar y cambiar informaciones sobre aquellos puntos que pudieran tener más importancia para los organismos de seguro social o que pudieran ser más urgentes para aquellos países que deseando implantar un régimen general de seguros sociales no tenían una experiencia propia, y allí se discutieron ampliamente los aspectos del seguro social de los trabajadores agrícolas, independientes y servicio doméstico; la eficacia y economía de las prestaciones médicas del seguro de enfermedad; el funcionamiento de las pensiones de invalidez; la defensa de la salud a través del seguro social y sus relaciones con la sanidad y la asistencia; los regímenes financieros más recomendables, en consideración de la magnitud del campo de aplicación del seguro, a las características de la población afiliada, y a la necesidad de establecer la continuidad de la previsión; y la necesidad de organizar un sistema uniforme de bioestadística sobre bases etiológicas.

La Conferencia de Santiago de Chile creó los elementos necesarios para que un comité permanente rigiera la marcha del organismo que acababa de nacer y un secretariado que asegurara la coordinación de los trabajos encomendados y aquéllos por emprender. Durante cerca de tres años y a causa de la situación por que atravesaba un mundo en guerra, el Comité se limitó a mantener

a través del *Boletín Provisional* y de otras publicaciones, el contacto necesario entre sus miembros, y a difundir aquellos programas o realizaciones del seguro social que parecieron más interesantes y más provechosos para los países del continente.

En julio de 1945, y en esta misma ciudad en donde hoy se celebra la Tercera Conferencia del Trabajo de los Estados de América Miembros de la Organización Internacional del Trabajo, se efectuó la Segunda Reunión del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, en la cual y con la asistencia de la casi totalidad de los países americanos, se estableció un programa de acción y de trabajo destinado a cumplir con las recomendaciones que se hicieran en la Primera Conferencia de 1942.

En aquella reunión como en la de la Primera Conferencia, predominó el espíritu de cooperación interamericana entre los delegados de las instituciones de seguro social y todos ellos afirmaron la necesidad de continuar los intercambios de experiencia, de técnicos y de opiniones, en provecho del ideal común de la extensión de la seguridad social en el más amplio sentido de la palabra.

El Comité, en su reunión de México, aprobó la publicación de los boletines del Comité y encareció su continuación durante el año de 1946, y asimismo aplaudió la idea de la publicación de un Manual Interamericano de Instituciones de Seguro Social que manteniéndose al día, permita la consulta rápida y eficaz del estado actual de estos organismos.

Pero no limitó a esto sólo su acción y comprendiendo la urgencia en el estudio y solución de problemas que afectan cotidianamente a las administraciones del seguro social, y que interesan al mismo tiempo a los países que aún no poseen regímenes de esta naturaleza, decidió la creación de dos comisiones técnicas de trabajo; la una, relacionada con los problemas de la estadística del seguro social, y la otra, con los problemas médicos. Estas comisiones deberán constituirse y comenzar su trabajo durante este año, y una de ellas, la de Estadística, deberá presentar a la Segunda Conferencia Interamericana de Seguridad Social, las resoluciones que adopte, principalmente aquéllas que se relacionan con la determinación de las bases para las investigaciones estadísticas conducentes a fijar las previsiones financieras y las previsiones demográficas, base del equilibrio económico de recursos y cargas en el seguro social.

Para este mismo año de 1946, si es posible, se ha programado la reunión de la Segunda Conferencia Interamericana de Seguridad Social que tendrá, de acuerdo con lo resuelto por el Comité Interamericano Permanente el siguiente orden del día:

- 1) Resoluciones aprobadas por la comisión técnica de estadística del seguro social;

- 2) El seguro de riesgos profesionales, incluyéndose en él los siguientes aspectos: *a)* organización del seguro de riesgos profesionales con sentido social, eliminándose la intervención de entidades mercantiles basadas en el lucro; *b)* unificación del seguro de riesgos profesionales con el seguro de riesgos sociales; *c)* determinación de prestaciones en especie y en dinero, suficientes, adecuadas y eficaces; *d)* medidas de prevención y medidas de rehabilitación y reeducación profesionales; *e)* inversiones de carácter social de los fondos de larga colocación del seguro de riesgos profesionales; intervención de los trabajadores y empleadores en la gestión administrativa del servicio del seguro de riesgos profesionales;
- 3) Seguro de desempleo y problemas conexos, estudiando a través de este seguro las medidas más eficaces conducentes al mantenimiento de la plenitud del empleo;
- 4) Informe del Secretariado, incluyendo en él capítulos especiales destinados al problema de la nutrición infantil, y al problema financiero—equilibrio financiero del seguro, inversiones de los fondos—de los sistemas de seguros sociales.

El trabajo de las comisiones técnicas a que hemos hecho mención, y las reuniones interamericanas de seguro social, continuarán dando la oportunidad para que los técnicos y los administradores de las instituciones de seguro social puedan intercambiar sus experiencias, enfocar desde un ángulo común los problemas más urgentes a resolver, y llegar dentro de lo posible a una solución común de todos estos problemas.

No dudamos que gracias a este sentido de cooperación manifestada desde 1940 y que habrá de intensificarse en estos años inmediatamente posteriores a la guerra, las instituciones de seguridad social del continente americano podrán mirar el futuro con confianza y no se perderá ni el empuje ni la experiencia de estos últimos años, útiles no sólo a los países de América sino a los países de otros continentes, ya que como muy bien lo afirma la Declaración de Santiago de Chile aprobada en 1942 “las decisiones de América en orden a la nueva estructura de la seguridad social constituyen su aporte a la solidaridad del mundo, en la conquista del bienestar de los pueblos y al logro y mantenimiento de la paz”.

Los cuadros que a continuación se insertan, reproducen las principales características de las diversas leyes e instituciones de seguro social en varios países americanos.

El último cuadro explica, en forma gráfica, el porcentaje de población cubierta y las pensiones y prestaciones, por orden de países.

BRASIL

BASES LEGALES	Decretos legislativos sobre servicios sociales núms. 7526 del 7 de mayo de 1945 y 7551 del 15 de mayo de 1945 que reforman los regímenes de seguros sociales creados después de 1923, que cubren prácticamente a todos los trabajadores urbanos contra los riesgos de invalidez, vejez y muerte y algunos de ellos contra enfermedad y maternidad. Se preparan actualmente los Reglamentos de aplicación de los Decretos legislativos. Decreto legislativo núm. 7036 del 10 de noviembre de 1944 (accidentes del trabajo).
CAMPO DE APLICACIÓN	Todos los brasileños y extranjeros domiciliados en Brasil, mayores de 14 años que reciben salarios u otra entrada; todos los asalariados contra riesgos profesionales.
ADMINISTRACIÓN	<i>Instituto dos Serviços Sociais do Brasil</i> , cuyo consejo técnico y financiero está compuesto de funcionarios del gobierno y representantes de los asegurados.
FINANCIAMIENTO	Para el seguro social y asistencia social general, el asegurado paga un porcentaje de salarios o entradas, el empleador paga una contribución igual a la de sus empleados, el Gobierno federal paga una contribución igual a la de los empleados más un porcentaje (no inferior al 1 por ciento) de la entrada general; para la asistencia especial los Estados, Territorios, Distrito federal y Municipalidades pagan un porcentaje (no inferior al 1 por ciento) de la entrada general. El empleador paga el costo del seguro de accidentes.
RIESGOS CUBIERTOS	Asistencia médica: enfermedad, maternidad, accidentes. Standards mínimos de vida: alimento, vivienda, vestuario. Medios económicos de subsistencia: invalidez, vejez, muerte, enfermedad, maternidad, accidente.
PRESTACIONES	<p>A. <i>Prestaciones en especie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> i) Enfermedad, maternidad, asistencia médica y hospitalización para el asegurado, su mujer e hijos a cargo. ii) Accidentes: asistencia médica y hospitalización, tratamiento odontológico, prótesis. iii) Alimento, vivienda, vestuario a bajo costo. <p>B. <i>Prestaciones en dinero:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> iv) Pensiones de invalidez, vejez y sobrevivientes y prestaciones de enfermedad y maternidad que varían de acuerdo con el número de personas a cargo. El valor mínimo total de las prestaciones en dinero, en especie y servicios es de 70 por ciento del salario mínimo regional; los pagos en dinero no deben ser inferiores al $\frac{1}{3}$ del valor total de todas las prestaciones. Estas se pagan mientras dure el riesgo. v) Accidentes: a) incapacidad temporal, 70 por ciento del salario diario; b) incapacidad permanente total, suma global equivalente al salario de 4 años; c) incapacidad permanente parcial, 3,80 por ciento de b); y d) muerte, suma global equivalente al salario de 2 a 4 años.

C. Condiciones exigidas:

Los detalles serán fijados por la Comisión Organizadora del Instituto de Servicios Sociales.

COSTA RICA

BASES LEGALES Ley 17 del 1° de noviembre de 1941, reformada; Ley núm. 17 del 22 de octubre de 1943, y Reglamento de aplicación del 15 de noviembre de 1942 reformados el 30 de noviembre, 1944.

CAMPO DE APLICACIÓN Todos los trabajadores manuales e intelectuales menores de 65 años. Actualmente se aplica en las seis ciudades más importantes y a los asalariados que no devenguen un salario anual superior a 4.800 colones.

ADMINISTRACIÓN Junta Directiva de la *Caja Costarricense de Seguro Social* nombrada por el gobierno, compuesta de representantes de empleadores y asegurados.

FINANCIAMIENTO Asegurados: 2,5 por ciento del salario; empleador, 2,5 por ciento; Estado, 1 por ciento.

RIESGOS CUBIERTOS Asistencia médica: enfermedad, maternidad.
Medios económicos de subsistencia: muerte, enfermedad, maternidad (invalidez y vejez se incluirán posteriormente).

PRESTACIONES

A. Prestaciones en especie:

- i) Enfermedad: asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalización para el asegurado y su familia durante 52 semanas.
- ii) Examen de salud obligatorio y periódico, tratamiento obligatorio de la tuberculosis y enfermedades venéreas.
- iii) Maternidad: igual que i).
- iv) Suministro de leche para los hijos de la asegurada.

B. Prestaciones en dinero:

- v) Prestación de enfermedad, 50 por ciento del salario medio recibido el último mes desde el quinto día hasta 25 semanas.
- vi) Prestación de maternidad, 50 por ciento del salario medio recibido en los últimos tres meses, 30 días antes y 30 días después del parto.
- vii) Por fallecimiento, 75 a 200 colones.

C. Períodos de cotización exigidos:

- a) Para i) y v), un mes.
- b) Para iii) y vi), 6 meses dentro de los 12 meses anteriores al parto.
- c) Para vii), 3 meses dentro de los 6 anteriores a la muerte.

CHILE

BASES LEGALES Ley núm. 4054 del 8 de septiembre de 1924, reformada; Ley núm. 6174 del 9 de febrero de 1938 (Medicina Preventiva) reformada.

CAMPO DE APLICACIÓN	Todos los asalariados y trabajadores manuales independientes; puede asegurar a la familia para la asistencia médica.
ADMINISTRACIÓN	Consejo de la <i>Caja de Seguro Obligatorio</i> , con representantes del gobierno, empleadores, trabajadores y profesión médica.
FINANCIAMIENTO	Obreros: 2 por ciento de los salarios; trabajadores independientes, 3,5 por ciento de los salarios; empleadores, 5 por ciento de los salarios pagados, incluyendo 1 por ciento para medicina preventiva; Estado, 1,5 por ciento de los salarios pagados. Cuando se asegura a la familia para la asistencia médica, el empleado paga un 5 por ciento adicional.
RIESGOS CUBIERTOS	Asistencia médica: enfermedad, maternidad. Medios económicos de subsistencia: invalidez, vejez, muerte, enfermedad, maternidad.
PRESTACIONES	<p>A. <i>Prestaciones en especie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> i) Enfermedad, asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y dental, por 26 semanas, susceptibles de renovación. ii) Examen médico obligatorio, tratamiento especial para tuberculosis, sífilis y afecciones cardio-circulatorias. iii) Maternidad: igual que i), para las aseguradas y las mujeres de los asegurados. iv) Asistencia médica para el hijo del asegurado hasta los 2 años de edad. <p>B. <i>Prestaciones en dinero</i></p> <ul style="list-style-type: none"> v) Pensiones de invalidez por incapacidad absoluta y permanente, a) 100 por ciento de los salarios, b) 75 por ciento, c) 50 por ciento. vi) Pensiones de vejez a los 55, 60 o 65 años de edad, constituida por acumulación de la parte de la cotización global del asegurado e igual al 2 por ciento, o devolución de imposiciones. vii) Cuota mortuoria, 300 pesos o gastos de sepelio. viii) Prestación de enfermedad, 100 por ciento del salario en la primera semana, 50 por ciento en la segunda, y 25 por ciento en las siguientes durante el tiempo que goce de i). Salario completo si se prescribe reposo preventivo. ix) Prestación de maternidad, 50 por ciento de los salarios durante las 6 semanas anteriores y 6 posteriores al parto. x) Subsidio de lactancia, 10 por ciento del salario hasta 12 meses. <p>C. <i>Períodos de cotización exigidos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Para i), iii), viii), ix), y x), 7 meses. b) Para v) a), 10 años; v) b), 5 a 10 años, y v) c), 2 a 5 años.

ECUADOR

BASIS LEGALES Ley del 8 de octubre de 1935; Decreto núm. 2052 del 15 de enero de 1944.

CAMPO DE APLICACIÓN	Todos los asalariados (excepto empleados de empresas bancarias y compañías de seguro privado que están asegurados en la <i>Caja de Pensiones</i> , la que comprende también empleados públicos).
ADMINISTRACIÓN	Consejo de administración de la <i>Caja del Seguro</i> , con representantes del Ministerio de Previsión Social, de empleados privados, obreros, empleadores y pensionados, elegidos por el Directorio del Instituto Nacional de Previsión.
FINANCIAMIENTO	Asegurado: 5 por ciento del sueldo o salario de acuerdo con una escala establecida; empleador, 7 por ciento de la remuneración pagada; Estado, diversos impuestos especiales. El empleador paga el seguro de accidentes.
RIESGOS CUBIERTOS	Asistencia médica: enfermedad, maternidad, accidentes. Medios económicos de subsistencia: invalidez, vejez, muerte, enfermedad, maternidad, accidentes.
PRESTACIONES	<p>A. <i>Prestaciones en especie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> i) Enfermedad, asistencia médica, quirúrgica, dental y farmacéutica durante 26 semanas. ii) Maternidad, asistencia obstétrica. iii) Accidentes del trabajo: asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, protésica y ortopédica. <p>B. <i>Prestaciones en dinero:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> iv) Pensión de incapacidad que varía según la categoría de salario y número de cotizaciones semanales, mínimo mensual 30 sucres y máximo 600 sucres, más 50 sucres por cada cotización semanal superior a 200. v) Pensión de vejez (55 ó 65 años) igual que iv), basándose el suplemento sobre las cotizaciones semanales superiores a 1.500 sucres (55 años) o 750 (65 años). vi) Pensión de viudez, 30 por ciento de iv) o v), con mínimo mensual de 12 sucres. vii) Pensión a cada hijo sobreviviente, 15 por ciento de iv), o v), con mínimo mensual de 8 sucres. viii) Pensión a padre o madre sobreviviente a cargo cuando no hay viuda o hijos, 15 por ciento de iv), ó v). ix) Pensión a hermanos menores sobrevivientes, a cargo cuando no hay mujer, hijo o padres, 10 por ciento de iv) ó v). x) Devolución de imposiciones. xi) Cuota mortuoria de 300 a 1.000 sucres, según la escala de salario. xii) Prestación de enfermedad, de 0,50 a 40 sucres diarios por las primeras 4 semanas y de 0,40 a 32 sucres diarios por las 21 subsiguientes, según la categoría de salarios. Si el beneficiario está hospitalizado cesa la prestación, pero se concede a la familia un auxilio económico. xiii) Prestación de maternidad durante las 3 semanas anteriores y las 4 posteriores al parto, de 0,80 a 60 sucres diarios, según la categoría de salarios.

- xiv) Accidentes del trabajo: *a)* incapacidad temporal: prestación diaria de 0,80 a 56 sucres según la categoría de salarios, pagadera durante 52 semanas; *b)* incapacidad permanente total: renta anual variable de 360 a 14.400 sucres, según la categoría de salarios; *c)* incapacidad permanente parcial: pensión sobre la base de *b)* según el tipo de la lesión, magnitud de la incapacidad y edad del accidentado (si la renta es inferior al 20 por ciento de *b)* o de 15 sucres mensuales, suma global equivalente a 5 veces la renta anual correspondiente); *d)* muerte: a la viuda, 40 por ciento de *b)*; a cada hijo, 20 por ciento de *b)*; a uno de los padres a cargo cuando no hay viuda o hijos, 20 por ciento de *b)*; a hermanos menores a cargo cuando no hay viuda, hijos o padres a cargo, 15 por ciento de *b)*. Las pensiones de sobrevivientes no pueden exceder de *b)*. Cuota mortuoria igual al último sueldo mensual de la categoría de salarios correspondientes con mínimo de 300 sucres.

C. Períodos de cotización exigidos:

- a)* Para iv), 200 semanas.
b) Para v), 1.500 semanas (55 años); 750 semanas (65 años).
c) Para vi), vii), viii) y ix), 200 semanas.
d) Para x), 52 semanas.
e) Para xi), 26 semanas en los 12 meses anteriores.
f) Para xii), 26 semanas, con 8 en los 6 meses anteriores.
g) Para xiii), 26 semanas, en los 12 meses anteriores al parto.

ESTADOS UNIDOS

BASES LEGALES	Ley de Seguridad Social de 1935, reformada.
CAMPO DE APLICACIÓN	Todos los asalariados en la industria y comercio. Para el seguro de desempleo hay exclusión según la magnitud de la empresa y otros. Se otorga asistencia a los viejos o ciegos y niños indigentes.
ADMINISTRACIÓN	Junta de Seguridad Social, nombrada por el Presidente, administra seguro de vejez y sobrevivientes, vigila la administración de las leyes de seguro de desempleo y de asistencia pública de acuerdo con la Ley de Seguridad Social.
FINANCIAMIENTO	Para el seguro de vejez y sobrevivientes, el asegurado y el empleador pagan cada uno, 1 por ciento de los salarios hasta 3.000 dólares del salario anual (la tasa se aumentará gradualmente a 3 por ciento) y el gobierno puede contribuir. Para el desempleo; impuesto federal a los empleadores de 3 por ciento de los salarios hasta 3.000 dólares por año; impuesto de los Estados a los empleadores, generalmente de 2,7 por ciento de los salarios, el que se acredita al impuesto federal si las leyes de los Estados se conforman a los standards federales. Para la asistencia se otorgan asignaciones federales a los Estados sobre estas mismas bases.

RIESGOS CUBIERTOS Medios económicos de subsistencia: vejez, muerte, desocupación.

PRESTACIONES A. *Prestaciones en especie:*
Ninguna.

B. *Prestaciones en dinero:*

- i) Prestación de vejez (65 años) con el siguiente monto mensual: a) 40 por ciento de los primeros 50 dólares del salario medio mensual más b) 10 por ciento de los siguientes 200 dólares más c) 1 por ciento del total de a) y b) por cada año de seguro en que los salarios fueron de al menos 200 dólares.
- ii) Suplemento para la mujer (65 años o más), $\frac{1}{2}$ de i).
- iii) Prestación de viudez (65 años) $\frac{3}{4}$ de i).
- iv) Prestación de viudez con hijos a su cargo, $\frac{3}{4}$ de i).
- v) Prestación a los padres a cargo (65 años) a falta de mujer o hijos, igual a la $\frac{1}{2}$ de i).
- vi) Prestación de orfandad y suplemento a i), iv), por hijo a cargo igual a $\frac{1}{2}$ de i).
- vii) Cuota mortuoria por muerte del asegurado, suma igual a 6 veces i).
Máximo mensual familiar i) a vi), 85 dólares o dos veces u 80 por ciento del salario medio mensual tomando la cifra menor. Monto mínimo mensual, 10 dólares.
- viii) Prestación de desocupación a tasas fijas fijadas por los Estados, generalmente la media del salario semanal dentro de un mínimo y máximo establecido.
- ix) Asistencia, prestación en dinero sujeto a exámenes de medios económicos y a montos fijados por los Estados.

C. *Condiciones exigidas:*

- a) Para i), ii), iii), v), el asegurado debe haber ganado 50 dólares en empleo asegurable en uno de cada dos trimestres desde 1936 o después que tuvo 21 años, o en 40 trimestres tomando la cifra inferior.
- b) Para iv), vi) (huérfanos), vii), lo mismo que a) o el asegurado debe haber ganado por lo menos 50 dólares en empleo asegurable en 6 de los 12 trimestres anteriores a una fecha dada.
- c) Para viii), las condiciones de empleo son fijadas por los Estados.

MEXICO

BASES LEGALES Ley del Seguro Social Mexicano del 31 de diciembre de 1942, reformada.

CAMPO DE APLICACIÓN Todos los asalariados. Actualmente se aplica en el Distrito Federal y en la ciudad de Puebla.

ADMINISTRACIÓN	Un Consejo Técnico y una Comisión de Vigilancia del <i>Instituto Mexicano del Seguro Social</i> que se componen de representantes en número igual del Estado y de las organizaciones obreras y patronales.
FINANCIAMIENTO	Asegurado: 3 por ciento de la remuneración; empleador: 6 por ciento de los salarios pagados; Estado: 3 por ciento de los salarios pagados. Las cotizaciones se basan sobre salarios diarios hasta 12 pesos. El empleador costea el seguro de accidentes.
RIESGOS CUBIERTOS	Asistencia médica: enfermedad, maternidad, accidente. Medios económicos de subsistencia: invalidez, vejez, muerte, enfermedad, maternidad, accidentes, desempleo involuntario a edad avanzada.
PRESTACIONES	<p>A. <i>Prestaciones en especie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> i) Enfermedad: asistencia médica, quirúrgica, dental, farmacéutica y hospitalización para el asegurado, cónyuge e hijos. ii) Maternidad: asistencia obstétrica para la asegurada o mujer del asegurado. iii) Accidentes: asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, protésica y ortopédica. <p>B. <i>Prestaciones en dinero:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> iv) Pensión de invalidez, que varía con la categoría del salario y el número de cotizaciones semanales, de un mínimo anual de 57 pesos a un máximo de 936 pesos, más suplementos (0,08-1,37 pesos) por cada cotización semanal sobre 200. v) Pensión de vejez (65 años) igual que iv), y el suplemento se basa sobre las cotizaciones semanales después de las 700. vi) Pensión de viudez: 40 por ciento de iv) o v). vii) Pensión de orfandad de 20 por ciento de iv) o v); si el huérfano lo es de padre y madre, 30 por ciento. La pensión máxima de sobrevivientes en vi) y vii) no puede exceder de la de iv) ó v). viii) Cuota mortuoria de 120 pesos. ix) Prestación de enfermedad de 0,35 a 5,20 pesos diarios, según la categoría del salario desde el séptimo día hasta 26 semanas. Si el beneficiario se encuentra hospitalizado se concede a la familia un auxilio económico del 50 por ciento del subsidio. x) Prestación de maternidad: 42 días antes y 42 días después del parto, igual que ix), elevada al 100 por ciento del salario 8 días antes del parto y 30 días después. xi) Subsidio de lactancia de 50 por ciento de x) durante 6 meses. xii) Accidentes: a) incapacidad temporal: prestación diaria de 0,60 a 9,70 pesos según la categoría del salario durante 52 semanas; b) incapacidad permanente total: pensión mensual de 16 a 260 pesos según la categoría del salario;

- c) incapacidad permanente parcial: pensión mensual basada en *b*) según el tipo de lesión (si es inferior a 16 pesos, indemnización global equivalente a 5 anualidades); *d*) muerte: a la viuda 36 por ciento de *b*); al huérfano de un padre, 20 por ciento; al huérfano de padre y madre, 30 por ciento de *b*); a los ascendientes a cargo, cuando no hay viuda o hijos, 33 1/3 por ciento de *b*). La pensión de sobrevivencia no debe exceder de *b*). Cuota mortuoria equivalente a un mes de salario.
- xiii) Pensión al asegurado (60 años o más) involuntariamente sin trabajo, de un monto por fijarse.

C. *Periodos de cotización exigidos:*

- a) Para iv), vi) y vii), 200 semanas.
 b) Para v) y xiii), 700 semanas.
 c) Para ix), 6 semanas.
 d) Para x) y xi), 30 semanas en los diez meses anteriores al parto.

PANAMA

BASES LEGALES Ley núm. 23 del 21 de marzo de 1941, reformada por Ley 134 del 27 de abril de 1943.

CAMPO DE APLICACIÓN Empleados particulares y obreros de los Distritos de Panamá y Colón; empleados públicos de toda la República; independientes con ingresos inferiores a 1.200 balboas; las mujeres y los hijos pueden estar asegurados para la asistencia médica.

ADMINISTRACIÓN Junta de la *Caja de Seguro Social* compuesta por el Ministro de Hacienda y Tesoro, Gerente del Banco Nacional y 3 vocales nombrados por el Presidente de la República que representan los trabajadores, empleados públicos y empleadores.

FINANCIAMIENTO Asegurados: 4 por ciento de la remuneración; independientes: 5 por ciento del ingreso; empleadores: 4 por ciento de las remuneraciones pagadas; Estado: 0,8 por ciento de los sueldos e ingresos, y $\frac{2}{3}$ de la cotización de independientes y un impuesto especial sobre vinos, licores y cervezas. Si la mujer y el hijo están asegurados para la asistencia médica, el jefe de familia paga cuota adicional del 3 por ciento.

RIESGOS CUBIERTOS Asistencia médica: enfermedad y maternidad.
 Medios económicos de subsistencia: invalidez, vejez, muerte y maternidad.

PRESTACIONES A. *Prestaciones en especie:*

i) Enfermedad: asistencia médica, quirúrgica, odontológica, farmacéutica y hospitalización durante 26 semanas anuales (prorrogables a 52).
 ii) Maternidad: atención obstétrica.

B. *Prestaciones en dinero:*

- iii) Pensión de invalidez: de 50 por ciento del sueldo base mensual más 2 por ciento por cada 52 cuotas semanales que sobrepasen las primeras 1.400. Máximo 200 balboas mensuales.
- iv) Pensión de vejez (hombres 60 años, mujeres 55), igual que iii), o reducida.
- v) Cuota mortuoria equivalente a gastos de sepelio.
- vi) Prestación de maternidad, 50 por ciento de la remuneración durante 6 semanas antes y 6 semanas después del parto.

C. *Periodos de cotización exigidos:*

- a) Para i), ii) y vi), 39 semanas en los 12 meses anteriores.
- b) Para iii), 156 semanas, la mitad durante los 3 últimos años o desde la entrada en la Caja.
- c) Para iv), 1.040 semanas, la mitad durante los 10 años anteriores. Tasas reducidas con períodos más cortos.
- d) Para v), 26 semanas, en los 12 meses anteriores.

PARAGUAY

BASES LEGALES	Decreto ley 17071 del 18 de febrero de 1943, reformado.
CAMPO DE APLICACIÓN	Todos los asalariados e independientes hasta 200 guaraníes mensuales, no mayores de 60 años; los mayores de esta edad asegurados para accidentes; la familia puede asegurarse para asistencia médica.
ADMINISTRACIÓN	Consejo Superior del <i>Instituto de Previsión Social</i> , presidido por el Ministro de Salud Pública y Previsión Social, compuesto por funcionarios del gobierno y representantes de asegurados y empleadores.
FINANCIAMIENTO	Asegurados: 2 por ciento de los sueldos; independientes: 7 por ciento de las entradas; empleadores: 5 por ciento de los salarios pagados; Estado, 1,5 por ciento. El empleador paga seguro de accidentes con cuota adicional del 3 por ciento de los salarios pagados. Si la familia está asegurada para asistencia médica, el asegurado paga un 3 por ciento adicional. Las cotizaciones se basan sobre salarios mensuales hasta 200 guaraníes.
RIESGOS CUBIERTOS	Asistencia médica: enfermedad, maternidad, accidentes. Medios económicos de subsistencia: invalidez, vejez, muerte, enfermedad, maternidad, accidentes.
PRESTACIONES	A. <i>Prestaciones en especie:</i> i) Enfermedad: asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalización durante 26 semanas (prorrogables a 52). ii) Examen médico anual obligatorio. iii) Maternidad: atención obstétrica de la asegurada o mujer del asegurado. iv) Accidentes: asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria, protésica y ortopédica.

B. Prestaciones en dinero:

- No se consideran salarios superiores a 200 guaraníes mensuales.
- v) Pensión de invalidez: del 30 por ciento del salario más 1 por ciento por cada año de imposición después de 156 semanas.
 - vi) Pensión de vejez, 30 por ciento del salario más 1 por ciento por cada imposición anual después de 15 años.
 - vii) Prestación de sobrevivientes al cónyuge e hijos, igual a la suma global de 20 jornales, aumentada en 25 jornales más por cada año de servicio hasta un máximo de 5 y a 200 jornales si la antigüedad es de más de 5 años.
 - viii) Pensión de viudez (viuda del pensionado por vejez), 30 por ciento de la pensión del fallecido.
 - ix) Los hijos sobrevivientes de un pensionado por vejez reciben cada uno 15 por ciento de la pensión del fallecido.
 - x) Cuota mortuoria para gastos de sepelio.
 - xi) Prestación de enfermedad, 40 por ciento del salario desde el séptimo día hasta 6 meses (prorrogable a 12).
 - xii) Prestación de maternidad: 40 por ciento del salario 21 días antes y 40 después del parto.
 - xiii) Accidentes a) incapacidad temporal, prestación del 75 por ciento del salario igual que en xi); b) incapacidad total permanente, pensión del 60 por ciento de los salarios; c) incapacidad permanente parcial, pensión según baremo (si es menos de 20 por ciento de b)), indemnización global de 5 anualidades de b); d) muerte: viuda 24 por ciento e hijos 12 por ciento cada uno del salario del fallecido (los padres a cargo a falta de otros sobrevivientes reciben el 12 por ciento). La pensión de sobrevivientes no puede exceder de b). Gastos de sepelio.

C. Periodos de cotización exigidos:

- a) Para v), 36 meses o 156 semanas.
- b) Para vi), 180 meses o 780 semanas.
- c) Para vii), 26 semanas o 6 meses en los 12 meses anteriores.

PERU**BASES LEGALES**

Ley 8433 del 12 de agosto de 1936, modificada.

CAMPO DE APLICACIÓN

Todos los obreros menores de 60 años e independientes con ingresos inferiores a 3.000 soles anuales; se puede asegurar a la mujer e hijos para la atención médica.

ADMINISTRACIÓN

Consejo Directivo de la *Caja Nacional de Seguro Social*, presidido por el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, compuesto por el Director General del Trabajo, el Director General de Salubridad, representantes de los empleadores, de los asegurados, de la Facultad de Medicina y el Gerente General de la Caja.

FINANCIAMIENTO Asegurados: 1,5 por ciento de los salarios; empleadores, 3,5 por ciento; Estado: 1,5 por ciento y entradas por impuestos especiales. Cuando se asegura a la mujer y a los hijos para atención médica, el asegurado paga cuota adicional de 1 por ciento.

RIESGOS CUBIERTOS Medios económicos de subsistencia: invalidez, vejez, muerte, enfermedad, maternidad.

- PRESTACIONES**
- A. Prestaciones en especie:**
- i) Enfermedad: asistencia médica, quirúrgica, odontológica, farmacéutica y hospitalización durante 26 semanas (prorogables a 52).
 - ii) Maternidad: asistencia obstétrica.
- B. Prestaciones en dinero:**
- iii) Pensión de invalidez de 40 por ciento del salario más 2 por ciento por cada 100 imposiciones semanales después de las 200 (máximo total 60 por ciento); suplemento de 1 por ciento para el cónyuge (60 años) y por cada hijo (máximo 10 por ciento).
 - iv) Pensión reducida de invalidez.
 - v) Pensión de vejez (60 años), 40 por ciento del salario más 2 por ciento por cada 100 imposiciones semanales después de las 1.040 (máximo total 60 por ciento), suplementos por la mujer e hijos igual a iii).
 - vi) Pensión de vejez reducida.
 - vii) Devolución de imposiciones.
 - viii) Indemnización de sobrevivientes a la viuda e hijos igual a la suma global del $33\frac{1}{3}$ por ciento del salario anual del fallecido.
 - ix) Cuota mortuoria.
 - x) Prestación de enfermedad desde el tercer día, 50 por ciento del salario durante 4 semanas, 40 por ciento en las semanas posteriores mientras reciba i).
 - xi) Prestación de maternidad, 50 por ciento del salario, 36 días antes y 36 días después del parto.
 - xii) Subsidio de lactancia del 25 por ciento del salario durante 8 meses.
- C. Periodos de cotización exigidos:**
- a) Para i) y x), 4 semanas en los 120 días anteriores;
 - b) para ii) y xi), 4 semanas en los 180 días anteriores;
 - c) para iii), 200 semanas con no menos de 100 en los 4 años anteriores;
 - d) para v), 1.040 semanas;
 - e) para vi), 260 semanas.

VENEZUELA

BASES LEGALES Ley del Seguro Social Obligatorio del 14 de junio de 1940, modificada.

CAMPO DE APLICACIÓN	Todos los trabajadores (excepto agrícolas, domésticos y funcionarios públicos) cuya remuneración anual no exceda de 9.600 bolívares; los que tienen una remuneración superior están cubiertos por el seguro de accidentes. Actualmente se aplica en el Distrito Federal.
ADMINISTRACIÓN	Consejo del <i>Instituto Central de los Seguros Sociales</i> con representantes del Ejecutivo Federal, empleadores y asegurados.
FINANCIAMIENTO	Asegurados: 2,5 por ciento del salario básico; empleador 2,5 por ciento de los salarios bases pagados. El empleador paga el seguro de accidentes. El Estado financia los gastos de administración.
RIESGOS CUBIERTOS	Asistencia médica: enfermedad, maternidad. Medios económicos de subsistencia: enfermedad, maternidad, accidentes.
PRESTACIONES	<p>A. <i>Prestaciones en especie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> i) Enfermedad: asistencia médica, quirúrgica, odontológica, farmacéutica y hospitalización al asegurado y su familia durante 26 semanas. ii) Maternidad: asistencia obstétrica a la asegurada y miembros de la familia del asegurado. iii) Accidentes: asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, ortopédica, protésica y hospitalización. <p>B. <i>Prestaciones en dinero:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> iv) Prestación de enfermedad: $\frac{2}{3}$ del salario diario base de la categoría del asegurado desde el cuarto día hasta 26 semanas. v) Prestación de maternidad, igual que iv) durante 6 semanas antes y 6 semanas después del parto. vi) Accidentes: a) incapacidad temporal, prestación diaria como en iv); b) incapacidad total permanente, pensión de $\frac{2}{3}$ del salario anual según la categoría del salario con suplemento anual de 600 a 2.400 bolívares cuando se requiere ayuda especial de una persona; c) incapacidad permanente parcial, $\frac{2}{3}$ de la pérdida de ganancias (si la incapacidad es del 5 al 10 por ciento, suma global igual a 3 veces el monto anual de la pensión eventual); d) muerte, a la viuda 25 por ciento del salario anual base según la categoría del salario; al cónyuge inválido, 30 por ciento; a cada huérfano de padre o madre, 15 por ciento; a cada huérfano de padre y madre, 25 por ciento; cuota mortuoria, 500 bolívares. <p>C. <i>Períodos de cotización exigidos:</i></p> <p>Para ii) y v), 13 semanas, 4 de ellas en el primer trimestre del año anterior al parto.</p>

REGIMENES DE SEGURO SOCIAL EN LOS PAISES AMERICANOS

Países	I	II	III	IV	V	VI	Porcentaje de población cubierta por el régimen de seguro social que tienen el mayor número de cotizantes (aparecen en números romanos las cifras que se refieren a las columnas del cuadro) (1)
	Pensiones de invalidez, vejez y sobrevivientes	Pensiones de vejez y sobrevivientes	Prestaciones de enfermedad y de maternidad	Prestaciones de maternidad	Prestaciones de desocupación	Asignaciones familiares	
ARGENTINA	////			////			4,0 (IV)
BOLIVIA	////						1,5 (I)
BRASIL	////		////			////	6,5 (I)
CANADA					////	////	21,5 (V)
COSTA RICA			////				6,0 (III)
CUBA	////			////			18,0 (IV)
CHILE	////		////		////	////	28,5 (I, III)
ECUADOR	////		////				2,5 (I, III)
ESTADOS UNIDOS		////			////		36,5 (II)
MEXICO	////		////				1,5 (I, III)
PANAMA	////		////				6,5 (I, III)
PARAGUAY	////		////				3,5 (I, III)
PERU	////		////				3,5 (I, III)
URUGUAY	////				////	////	34,0 (I)
VENEZUELA			////				1,5 (III)

¹ Sobre la base de los datos estadísticos dados en el *Manual Interamericano de Instituciones de Seguro Social*, 1945.