

50
2ej.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

**SEGURIDAD SOCIAL Y POLITICAS DE
SEGURIDAD SOCIAL EN LOS PAISES
ESCANDINAVOS Y MEXICO**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
L I C E N C I A D O E N
RELACIONES INTERNACIONALES
P R E S E N T A :
MARIA CRISTINA KURCZYN LARA
D I R E C T O R D E T E S I S :
LIC. ALFREDO CORDOBA KUTHY

MEXICO D.F.

1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mi madre, la mejor de mis amigas

INDICE

INTRODUCCIÓN I

SUMARIO V

*I CAPITULO
BREVE MARCO DE REFERENCIA
LA SEGURIDAD SOCIAL*

- | | |
|---|---|
| 1. CONCEPTO | 1 |
| 2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA | 4 |
| 3. LA SEGURIDAD SOCIAL Y LAS RELACIONES INTERNACIONALES | 6 |

*II CAPITULO
MODELOS DE SEGURIDAD SOCIAL EN:*

- | | |
|-------------------|----|
| 1. ALEMANIA | 9 |
| 2. ESPAÑA | 14 |
| 3. ESTADOS UNIDOS | 16 |
| 4. FRANCIA | 22 |
| 5. REINO UNIDO | 26 |

*III CAPITULO
MODELO DE SEGURIDAD SOCIAL EN PAISES ESCANDINAVOS*

INTRODUCCIÓN	35
1. SUECIA	39
2. NORUEGA	43
3. DINAMARCA	48
4. ISLANDIA	51
5. FINLANDIA	52

*IV CAPITULO
SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO*

1. ANTECEDENTES	58
2. LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA ACTUALIDAD	62

CONCLUSIONES	69
--------------	----

BIBLIOGRAFÍA Y HEMEROGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

En el caso de la seguridad social estamos ante una institución en permanente proceso de cambio y uno de los problemas mas importantes de la seguridad social es el de su definición "universal".

El término seguridad social es hoy en día una de las expresiones favoritas entre los políticos, gobernantes y reformadores sociales. Es igualmente el centro hacia el cual convergen las mayores esperanzas de un bienestar futuro, el término sugiere la solidaridad activa, es promesa de ayuda en la lucha por la existencia y responde a la profunda aspiración del hombre por librarse de la preocupación del mañana sabiéndose al abrigo de las privaciones que le amenazan.

De tal manera que las condiciones economicas y de empleo no pueden ser ignoradas cuando se identifican o interpretan las tendencias de la seguridad social, las economias de muchos paises altamente industrializados, que dan el impulso necesario para el desarrollo económico alrededor del mundo, o bien permanecieron estancadas o se deslizaron mas aún dentro de una regresión caracterizada por el aumento de desempleo, una disminución creciente de la capacidad de producción y en algunos paises una incertidumbre en lo que se refiere a las políticas monetarias.

Las repercusiones negativas para muchas de las economías de los paises en desarrollo, impulsaron a los gobiernos nacionales a llevar a cabo con diferentes grados, políticas de ajuste, estructurales con el fin de mitigar sus dificultades presupuestarias y reorientar sus políticas de desarrollo en la vía adecuada.

Dado este entorno general económico y político, los programas de seguridad social de muchos paises durante por lo menos los últimos diez años, han tratado mas bien de mantener los niveles de protección existentes que de innovar o de ampliar los niveles de protección; en un limitado número de paises fueron adoptadas nuevas prestaciones importantes o reformas a la seguridad social. En otros paises, principalmente en Europa central y oriental, los profundos cambios políticos y económicos que están en curso no dejan posibilidades de elegir a los encargados de la formulación de políticas de seguridad social y a los administradores, salvo para innovar y adaptar sus programas a las nuevas circunstancias.

Últimamente han surgido comisiones a nivel nacional y comités de expertos para formular sugerencias y recomendaciones acerca de las políticas de la seguridad social. La utilización frecuente de este tipo de grupos de especialistas por parte de los gobiernos, en particular en México puede ser una indicación del poco interés de los dirigentes políticos para tomar decisiones importantes frente al continuo y extenso apoyo público para las disposiciones de la seguridad social, además la confianza en tales organismos asesores puede ser también una indicación de que no existe todavía un claro consenso en muchos países acerca de la futura orientación de las políticas de la seguridad social, naturalmente el resultado positivo es el hecho de que se ha reunido y analizado una gran cantidad de información por parte de estos organismos consultivos y grupos de expertos.

Al tratar de comprender las causas principales que han incitado a llevar a cabo una reevaluación de los objetivos y de los medios. Una explicación posible se puede encontrar en dos cambios de gran significación ocurridos separadamente, pero interrelacionados y han contribuido a intensificar el debate acerca del futuro de la seguridad social, exactamente cuando se vislumbra el fin de este siglo y el comienzo del siglo XXI. Estos dos hechos pueden ser resumidos así: en primer lugar el impacto de la recesión económica y las políticas de ajuste estructural y en segundo lugar, el colapso del modelo de economía centralmente planificada, es decir.

La disminución en el ritmo de crecimiento económico ha tenido un efecto inmediato importante sobre las políticas de seguridad social tanto a nivel internacional como a nivel nacional, existen dudas respecto a la posibilidad de los programas nacionales de seguridad social, de mantener una estabilidad financiera a largo plazo y lograr un mejoramiento de las prestaciones.

El estancamiento del crecimiento en el mercado de trabajo tiene consecuencias directas para las instituciones de seguridad social, principalmente un número elevado de personas anteriormente empleadas trata de reemplazar la pérdida de ingresos entrando en las nóminas de seguridad social.

Es poco sorprendente que, en este entorno, de manera creciente, los gobiernos se hayan visto impulsados a pensar en cómo resolver sus problemas presupuestarios descargando sus compromisos públicos en materia de seguridad social en el sector privado y en los individuos. Tampoco es sorprendente que los miembros más vulnerables de la sociedad -las personas adultas de bajos ingresos, ancianos, padres solteros y sus hijos, personas desempleadas, discapacitados, etc.- hayan

pasado a ser más vulnerables. El hecho está confirmado por la prueba de que las medidas de protección social discrecionales, especialmente las prestaciones por medios -ingresos probados- han figurado entre las primeras prestaciones reducidas, ya sea limitando la duración del pago de las prestaciones o haciendo más estrictas las condiciones de elegibilidad.

Un segundo acontecimiento profundo y de largo alcance, fue la desaparición virtual de los Estados socialistas en Europa central y del este. El modelo de desarrollo económico y social ha sido eclipsado por el modelo de economía de mercado. Las consecuencias políticas y socioeconómicas de este cambio abrupto son probablemente demasiado numerosas y significativas para ser plenamente determinadas en este trabajo de investigación, hasta que el correr del tiempo nos permita tener mejores perspectivas y mayor objetividad en lo que respecta a los acontecimientos que se han producido en las economías de Europa y de otras regiones.

Sin embargo, el proceso de estos cambios revolucionarios en las economías de países que han dado muestra de ser desarrollados, tiene el potencial para influir en el desarrollo de la seguridad social en otras partes del mundo, en particular en los países en desarrollo tanto de África, Asia y América Latina. El enfoque universal de la seguridad social desarrollado en las economías de países desarrollados es en su mayor parte inapropiado en una economía de mercado y por consiguiente deberán ser reemplazados. Y es aquí donde la flexibilidad y adaptación de la seguridad social hace pleno uso de -precisamente- estas dos características que no debemos perder de vista.

Como tendencias surgidas en la seguridad social se puede hablar de la combinación y el rechazo general, especialmente en Europa central y oriental, de los modelos de economía centralmente planificada que han servido para acelerar ciertas tendencias importantes en la seguridad social a nivel internacional y de manera ilustrativa mencionare la atención a los ancianos, a las madres trabajadoras mejorando sus prestaciones, todo esto sobre todo se nota en los países en desarrollo. Las tendencias en general van hacia el punto de alcanzar a beneficiar a la mayoría de la población de los países y en algunos casos se da lo contrario, que es el restringir a ciertos sectores de los beneficios y protección de la seguridad social como lo es el caso de los indocumentados a los que se les restringe el servicios médico y el ingreso a la educación elemental en Estados Unidos.

Estas tendencias tienen un potencial de influencia significativo en la forma y contenido de las normas de la seguridad social para los años venideros. Al hablar de tendencias se hace referencia a: reevaluación de la seguridad social en las sociedades contemporáneas, problema de la dependencia y los incentivos en los programas de seguridad social, mejoras administrativas y evolución de las relaciones con el beneficiario.

SUMARIO

Una de las primeras características comunes a los regimenes de seguridad social en los países escandinavos lo constituye el hecho de que aplican a la totalidad de la población. Recibieron esta forma desde que se organizaron, por primera vez, sobre la base del seguro. Únicamente las formas de seguro que, como el del seguro contra accidente de trabajo, se encuentran vinculados más particularmente a los riesgos de trabajo, se aplican exclusivamente a los asalariados. Por el contrario, la protección social que no tiene carácter particular, se aplica en general a toda persona sin tomar en consideración el hecho de que este sujeta o no a un contrato de trabajo. De este modo, la asistencia a los ancianos y a las personas incapacitadas para el trabajo se organizó, desde un principio sobre una base amplia, comprendiendo a la totalidad de la población, siendo por ello diferente a los sistemas aplicados a principios del siglo en los demás Estados.

La tendencia a tratar a todos los ciudadanos sobre el mismo pie de igualdad ha favorecido la introducción de regimenes nacionales que abarcan a la nación entera y cubren todos los riesgos sociales. Una manifestación de esta tendencia la constituye la gran reforma social de 1933 en Dinamarca, Islandia en 1946, realizo la idea de un sistema coordinado adoptando la ley del seguro nacional. La creación de un régimen que pudiera garantizar la seguridad social a toda la nación era el objetivo perseguido con el proyecto noruego publicado en 1948. En Suecia y en Finlandia se ha intentado lograr el mismo objetivo mediante una codificación gradual de las leyes de las diversas ramas de la seguridad social. Esta es la vía de la evolución histórica que aunque es la más lenta también es la más segura.

Otro aspecto característico de la organización de la seguridad social en los países escandinavos es la contribución preponderante que el Estado y las comunidades locales aportan en el financiamiento y administración de este régimen. Esta colaboración se traduce igualmente en subvenciones financieras que permiten organizar la asistencia social tanto en su dirección como en su control administrativo. Aún en aquellos casos en que se trata de seguro voluntario, la función de la sociedad en su realización es considerable.

El control y la dirección por parte del Estado resultan en parte, en todos los casos, del hecho de que la actividad humanitaria privada que colabora en la organización de la seguridad social tiene una importancia relativamente inferior en los países escandinavos que, por ejemplo, en los países de habla inglesa.

La iniciativa privada de los diferentes grupos de la población descansa, indudablemente sobre antiguas tradiciones, como puede comprobarse por el desarrollo de la autonomía local que se manifiesta repentinamente, así como por la expansión tan considerable del movimiento cooperativo moderno en esos países.

Considerando por ejemplo, la utilización que se hace de los fondos para la organización de la seguridad social, se comprueba fácilmente que la parte del Estado y las cotizaciones del seguro obligatorio tienen un función predominante y que comparandose a ellas, la caridad privada tiene una importancia mínima. Es menester hacer notar también que en los países escandinavos la contribución proveniente de las cotizaciones del seguro de financiamiento de la seguridad social es bastante modica, lo que significa que por el contrario, la parte contribuida por la sociedad es la mayor. En esos países las primeras formas de la seguridad social recibían principalmente de los fondos públicos, los recursos que les eran necesarios. Al principio, las comunidades religiosas se encargaban de procurar dichos recursos y más tarde lo hacían las administraciones comunales. En la actualidad y desde comienzos de siglo, el estado se encarga cada vez más, de obtener los fondos necesarios. Las obligaciones financieras impuestas a los empleadores las incluyen en los precios de sus productos y, de ese modo logran que los paguen los consumidores en general.

El nivel de vida de los países escandinavos es uno de los más elevados del mundo y, si comparamos la parte de renta nacional utilizada por la sociedad para garantizar la seguridad social, parece que este grupo ocupa el primer lugar. En Finlandia, la parte de la renta nacional utilizada para crear un régimen de seguridad social aplicable a la nación entera.

En conclusión puede decirse, cuando se compara el régimen de seguridad social aplicado en los países escandinavos a los regímenes correspondientes de otros países, que esta comparación presenta innumerables características interesantes. Sin duda, éste es un caso casi único en el mundo en que todo un grupo de países posee organizaciones sociales y regímenes correspondientes de seguridad social tan homogéneo con aquellos existentes en los países escandinavos.

Los objetivos explícitos de Francia, Alemania, España y Gran Bretaña, aún si son muy generales coinciden en:

- Acceso adecuado y equitativo a un mínimo de servicios.
- Igualdad de tratamiento para necesidades iguales.
- Protección en caso de riesgos catastróficos a su salud o a su ingreso económico.
- Eficiencia microeconómica, o sea que se deben obtener los máximos beneficios por el gasto del PNB, destinado a la salud.
- Eficiencia microeconómica en relación con resultados y satisfacción de la población.
- Libertad para seleccionar médicos y con su ayuda, de las referencia.
- Libertad profesional a médicos y otros prestadores de servicio.¹

La complejidad del sistema de cada país se debe a que el concepto de salud está mal o bien definido y asimismo lo son sus atributos, lo que da por resultado acciones implícitas, estadísticas insuficientes, inoportunas y centradas en el proceso, pero no en los resultados; una variedad de profesionales con criterios variados en la toma de decisiones, las cuales además se hacen en diferentes niveles operativos y por lo mismo, con criterios variables, práctica médica basada en las demandas y no en las necesidades socio-médicas.²

¹El resultado de sus reformas en salud va a depender del éxito o fracaso de sus nuevos puntos de vista políticos y económicos. Seguramente tendrán cada país muchas dificultades, pero dado su nivel cultural es de esperar que en una década lleguen a tener resultados notorios.

²Es conveniente recordar la premisa de todo sistema, ya sea de salud o de atención médica, es que existe un beneficio de la población a la que sirve. No obstante, fijar los fines es un problema sumamente arduo, es decir, la ausencia de principios y objetivos declarados y detallados acerca del sistema de salud refleja en diversos grados el debate político continuo acerca de cómo prestar el mejor servicio. En lugar de principios y objetivos existen políticas que cambian de acuerdo a las prioridades del gobierno y el interés de los elementos involucrados.

I CAPITULO

BREVE MARCO DE REFERENCIA LA SEGURIDAD SOCIAL

1. CONCEPTO

En esta parte de la investigación se mostrarán diversos conceptos en cuanto a seguridad social se refiere, que en un principio se designaba simplemente como seguro social. En el siguiente párrafo se especifica cuando fue utilizado el término de seguridad social por primera vez, que básicamente es después de la Segunda Guerra Mundial cuando surge la necesidad de adoptar en un término la relación que existe entre el Estado y los gobernados en lo que a reglamentación e instrumentación de medidas de prevención y seguridad se refiere.

La expresión "seguridad social" fue utilizada por primera vez en un documento oficial en una ley de Estados Unidos, la Ley de Seguridad Social de 1935, si bien esta instituyó regímenes para cubrir sólo los riesgos de vejez, muerte, invalidez y desempleo. Después se hizo uso de ella en una ley promulgada en Nueva Zelanda en 1938 mediante la cual se unificaron diversas prestaciones de seguridad social existentes y se crearon otras nuevas. En la denominada: "Carta del Atlántico", que surge durante la Segunda Guerra Mundial, volvió a hablarse de seguridad social. La OIT (Organización Internacional del Trabajo) adoptó la expresión, pues entendió que resumía en forma sencilla y clara una de las aspiraciones más profundas y generales de los seres humanos de todas partes del mundo.¹

La seguridad social se define como el conjunto de medidas arbitradas por el Estado que tienen por objeto la protección, ayuda y remedio a los ciudadanos en determinadas situaciones de riesgo, desamparo o siniestro, así como previsión de las mismas.²

El sistema de seguridad social incluye en su campo de aplicación a quienes mantienen o han mantenido una actividad laboral o dependen de una persona económicamente activa. Por ello, la efectividad de su acción protectora requiere

¹Oficina Internacional del Trabajo INTRODUCCION A LA SEGURIDAD SOCIAL pp 18

²Capilla Bolaños, José Antonio GUIA PRACTICA DE LA SEGURIDAD SOCIAL. pp5

la presencia determinada de quienes son posibles beneficiarios y de quienes deben contribuir a su sostenimiento.

Diversos elementos contribuyeron a conformar los amplios regimenes de seguridad social y se exponen en lo hecho por la OIT entre 1952 y 1983 para elaborar normas internacionales, los distintos elementos son los siguientes: el seguro social, la asistencia social, las prestaciones sufragadas con fondos públicos, las prestaciones familiares y las cajas de previsión, a lo que hay que agregar las disposiciones adicionales tomadas por los empleadores y los programas y, servicios que han aparecido para complementar la seguridad social.

Entre los distintos regimenes existen ciertas diferencias, pero hay elementos que caracterizan al seguro social y que pueden resumirse como sigue:

- a) la financiación se asegura mediante cotizaciones, por lo común tanto de los empleadores como de los trabajadores, contribuyendo a veces el Estado con un subsidio o aporte adicional al erario
- b) la filiación es obligatoria, salvo contadas excepciones
- c) las cotizaciones ingresan en cajas especiales a cuyo cargo esta el pago de las prestaciones;
- d) los fondos que no se necesitan para pagar las prestaciones corrientes se invierten a fin de que produzcan ingresos suplementarios;
- e) una persona adquiere derecho a las prestaciones en virtud de las cotizaciones que ha pagado, sin que deba demostrar para ello su carencia de recursos;
- f) el monto total de las cotizaciones como de las prestaciones, guarda a menudo relación con los ingresos que el afiliado percibe o percibía;
- g) los regimenes de seguro de accidente del trabajo y enfermedad profesional son por lo regular financiados en su totalidad por los empleadores, aunque a veces hay un aporte de fondos publicos

Ahora bien en cuanto a los modelos de seguridad social, estos reúnen una serie de características que definen su perfil central. Entre las más destacadas pueden señalarse las siguientes:

- a) es un medio que pretende amparar al individuo frente a las contingencias de la vida, además de promover su bienestar y estimular la más completa expresión y desarrollo de sus capacidades;
- b) es un instrumento de toda organización social moderna que se diseña y ajusta a las necesidades de una colectividad;
- c) es una propuesta organizada y pública frente a las privaciones y desequilibrios económicos y sociales, que impone la vida contemporánea y que necesariamente demanda de la participación activa de los individuos que serán beneficiados;
- d) es un compromiso colectivo que permite compartir los riesgos y los recursos de las personas. Su misión supera la simple lucha contra la pobreza y se

propone incrementar la calidad de vida, fortalecer la seguridad personal y generar condiciones de mayor equidad;

e) es un derecho fundamental y un poderoso instrumento de progreso social, que actúa mediante la solidaridad y la distribución de la riqueza que con su trabajo genera una comunidad.³

Los propósitos de la seguridad social y de la protección de los derechos humanos son complementarios mediante ellos se pretende alcanzar, en un marco de libertad, el desarrollo social con bienestar y con justicia. En el centro de interés de ambos campos se sitúan el individuo y la colectividad.

En la seguridad social los objetivos económicos no son fines, sino medios para lograr una abierta y generosa cooperación identificada con un orden social justo, en el que como lógica consecuencia opere una justa redistribución de la riqueza generada por la sociedad.

DECLARACION UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS En ella se dice *Todos los seres humanos tenemos derechos a*

- * Libertad e igualdad.
- * seguridad publica.
- * vida sin esclavitud.
- * vida digna sin torturas o tratos denigrantes.
- * personalidad juridica.
- * igualdad ante la Ley.
- * un recurso efectivo ante los tribunales, la constitucion o la ley.
- * ser oido publicamente y con justicia por un tribunal independiente e imparcial para determinar sus derechos, obligaciones o pena que se deslinda.
- * privacidad.
- * circular libremente, y tener residencia en el territorio de un Estado y salir de su pais.
- * asilo.
- * una nacionalidad.
- * casarnos y tener familia.
- * la propiedad privada o colectiva.
- * Libertad de pensamiento o religion.
- * libertad de opinion y expresion.
- * reunion.
- * participar en el gobierno de nuestro pais.

SEGURIDAD SOCIAL:

- * trabajo en condiciones equitativas y satisfactorias.
- * descanso;
- * nivel de vida adecuado.
- * educacion.
- * tomar parte de la vida cultural.
- * establecer un orden social.
- * a la comunidad va que sólo en ella puede desarrollar su personalidad.
- * nada de esta declaración podrá interpretarse en el sentido que confiere derecho alguno al estado, o persona para que no se cumpla esta declaración

EVOLUCIÓN HISTÓRICA

A continuación se expone de manera breve los diferentes usos y desarrollo de la seguridad social:

La búsqueda histórica de predecesores del seguro social, como las instituciones sociales o acciones institucionalizadas dirigidas a garantizar una cierta seguridad económica a la existencia humana como una serie de medidas públicas para proteger a los individuos nos lleva a un concepto que tiene un significado más amplio en algunos países, pero en lo esencial puede interpretarse como: la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que de otra manera derivarían de la desaparición o de una fuerte reducción de sus ingresos como consecuencia de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad profesional, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos, nos hace retroceder hasta cinco fuentes diferentes de tal acción o hasta cinco principios bajo los cuales se pudo haber llevado a cabo dicho proceso.

1. La primera y, probablemente la más antigua forma de beneficios sociales, son las recompensas por servicios prestados a los poseedores del poder político en la sociedad. Esto incluiría la distribución del botín entre los soldados, la concesión de tierras y pensiones a los veteranos, viudas y huérfanos de los soldados muertos en guerra.

De las medidas en favor de los soldados llegamos a las medidas en favor de los servidores directos de reyes y poseedores de poder político en la administración de sus países. Ejemplos de esto se pueden encontrar en la historia de cada nación. Así, las primeras provisiones sociales en América Latina (instituciones gratificables son las hechas por los reyes españoles hacia los conquistadores y más adelante para todos los administradores del rey y miembros de sus familias).

Así mismo, las primeras pensiones del servicio civil en Inglaterra, que aparecen a fines del siglo XVII son dadas a oficiales de aduana retirados. Aún en nuestra época se ve que en muchos países africanos y asiáticos las primeras provisiones sociales disponibles son sistemas de pensiones para miembros del servicio civil o del ejército.⁴

2. Otra raíz institucional de seguridad social se encontrará en las acciones motivadas por el postulado religioso de la caridad. Debe notarse que la máxima

⁴ Callahan, D. SETTING LIMITS. MEDICAL GOALS IN AN AGEING SOCIETY pp 12

de la caridad no estaba limitada a una a una religión solamente en un lugar determinado del mundo. En realidad la mayoría de las grandes religiones recomiendan la caridad por sus valores religiosos intrínsecos, y aún la sociedad pagana de la Roma Antigua encontró lugar para la caridad en los sermones de sus moralistas.

3. La tercera fuente de actividad institucional, que se acerca mucho a la desarrollada por el seguro social, se encuentra en la aplicación del principio de la ayuda mutua. Las sociedades de beneficio por muerte y enfermedades se conocieron en la Grecia Antigua y se hicieron tan populares con los romanos, que una legislación especial fue adoptada por el emperador Marco Aurelio para controlarla.

4. La cuarta fuente histórica de provisiones de seguridad social es la asistencia social, la cual supone cualquier acción de las autoridades públicas destinadas a ayudar al ciudadano desamparado. Esta acción se lleva a cabo en los diferentes niveles de la administración pública.

5. El quinto canal claramente distingue de provisiones sociales, conducente al seguro social obligatorio, es el bienestar ocupacional. Sus raíces son múltiples, comenzando con las actividades de beneficio mutuo de las hermandades de los trabajadores.⁵

En un primer periodo, sin embargo (en la industria minera de Alemania mediados del siglo XVI), la autoridad pública toma medidas para obligar al empleador a que colabore con los fondos económicos de los trabajadores. En la segunda mitad del siglo XIX, la legislación sobre la compensación de los trabajadores establece el principio de la responsabilidad del empleador por los accidentes de trabajo. Al mismo tiempo los empleadores toman la iniciativa de encargarse de sus empleados con respecto a ciertos riesgos.

En Gran Bretaña, las industrias de utilidad pública, como los ferrocarriles y la industria del gas, fueron las primeras en imitar las provisiones del bienestar del servicio civil y en establecer fondos económicos y sistemas de pensión. Con el tiempo, este movimiento, este sistema alcanzó otras ramas de la industria, impulsado en parte, por el sentimiento social de ciertos empleadores y por el poder de regateo de los gremios, también por el deseo del empleador de ser altamente competitivo y de atraer mediante provisiones de bienestar industrial a la mano de obra más calificada. Otra rama de la seguridad social, las asignaciones familiares, que aparecieron en Francia a fines del siglo XIV, se originaron también en el bienestar industrial.

⁵Callahan, D. WHAT KIND OF LIFE: THE LIMITS OF MEDICAL PROGRESS pp 73-86.

Las primeras medidas de seguridad social inspiradas en el principio del seguro social surgieron en la Edad Media y en los comienzos de la Edad Moderna, bajo la forma de cajas de socorro en las diferentes ramas de la industria y en las diferentes empresas industriales, así como entre los miembros de los sindicatos. La actividad de estas cajas se extendía a los principales riesgos sociales (primero los de enfermedad y muerte, más tarde los accidentes, desempleo, invalidez y vejez).

De tal manera que se puede concluir que tras la necesidad de proteger ya no sólo a los trabajadores sino también a la familia del trabajador se fueron desarrollando de manera consecuente medidas arbitradas por el Estado para que los empleadores dieran protección a sus empleados y así éstos a su vez tuvieran un nivel indispensable de bienestar.

3. LA SEGURIDAD SOCIAL Y LAS RELACIONES INTERNACIONALES

No está de más tocar el tema de las relaciones internacionales y la seguridad social, ya que a nivel mundial existe una interacción entre las naciones y es importante la evolución de un país en cuanto a su modelo de seguridad social, ya que éste habla de la situación en la que se encuentra su población en cuanto a sistema de salud, educación, vivienda y hasta refleja el bienestar (en los casos) de un trabajador y de su familia.

Esto nos lleva a pensar en la estrecha vinculación e interdependencia de los fenómenos económicos y sociales del mundo y la necesidad de promover un verdadero desarrollo integral, que en este momento justifican este apartado.⁶ No puede hablarse de desarrollo ni económico, ni en las relaciones entre los países, sin referirse a las variables sociales y entre ellas las relacionadas con la seguridad social de la misma manera que no puede concebirse un desarrollo del sector salud sin vincularlo a los demás sectores sociales y al desarrollo económico.⁷

⁶El término "seguridad social" ("seguro social" en la mayoría de los países latinoamericanos) es empleado en este estudio en un sentido amplio, incluyendo pensiones, (vejez, antigüedad, invalidez, sobrevivientes, etc.), asistencia médica y maternidad, compensación a los trabajadores, asignaciones familiares, subsidio por desempleo y tipos similares de protección. Los programas de vivienda y los de ahorro, préstamo, también han sido incluidos.

⁷La propuesta de la CEPAL para que los países de América Latina y del Caribe puedan superar en los años noventa los costos económicos y sociales del decenio anterior ha sido llamada "Transformación Productiva con Equidad", que se sustenta en tres ejes centrales: la difusión del progreso técnico, la creación de empleo productivo y la inversión en recursos humanos.

A continuación se hará un pequeño repaso de lo que ha sido la seguridad social en el ámbito del desarrollo industrial que tanto auge tiene hoy en día. Durante el siglo XIX la revolución industrial por una parte y la adopción irrestricta de los principios del liberalismo económico por otra, llevaron a las sociedades más avanzadas a una contradicción que explica las preocupaciones de nuestro tiempo: incorporaron grandes sectores de la población a los procesos de la modernidad, pero los convirtieron en meros instrumentos del progreso, sin conceder un mínimo de bienestar y seguridad que les permitiera ser agentes eficaces de la producción; a tal punto que la vida del obrero llegó a ser solo un lento proceso en el que se desgastaban la capacidad personal y la fuerza física.⁸

Actualmente la teoría y la práctica de la seguridad social toman los fines más altos y establecen propósitos más ambiciosos. Cabe recordar cómo el plan Beveridge⁹ concebía a la seguridad social como un sistema de protección contra todas las contingencias, extendido a la totalidad de la población y recordar también cómo en la Carta del Atlántico se consagró a la seguridad social como un derecho de la persona humana y un medio para desarrollar lazos de solidaridad entre todos los miembros de la sociedad. Esta Carta justificó la acción conjunta de los aliados, en la colaboración estrecha que hubo de establecerse entre todas las naciones con el fin de que todos los pueblos mejoraran sus condiciones de trabajo, propiedad, situación económica y seguridad social. La OIT confirmó esa tesis, afirmando que la pobreza en cualquier lugar constituye un peligro para la prosperidad en cualquier parte del mundo. Y la Declaración Universal de los Derechos Humanos del Hombre expresó que todos los seres humanos sin distinción de raza, credo y sexo tienen derecho al bienestar material y al desarrollo espiritual en condiciones de libertad, de dignidad y de seguridad e igualdad de oportunidades.

A nivel internacional existen algunos países que influyen en cuanto a la evolución de las políticas de seguridad social, estos son los países desarrollados que proyectan su predominio hacia los países en vías de desarrollo, ya que estos últimos se ven en la necesidad de llevar en ocasiones a cabo reformas y reestructuraciones a sus políticas de seguridad social para encaminar sus esfuerzos hacia un beneficio social en el que quede de manifiesto que las necesidades primordiales de sus ciudadanos queden cubiertas, me refiero a que el individuo tenga una casa para vivir dignamente, tenga vestido, educación, servicios médicos tanto especializados como generales, que su familia no pierda los beneficios en el momento de muerte ya sea natural o por accidente, así como que los riesgos de accidente de trabajo queden cubiertos como parte de las prestaciones del sistema de seguridad social.

⁸Morones Prieto, Ignacio TESIS MEXICANAS DE SEGURIDAD SOCIAL pp 11

⁹Morones Prieto, Ignacio TESIS MEXICANAS DE SEGURIDAD SOCIAL pp 15

Con todo esto se quiere llegar al punto de dejar claro que en el escenario de las relaciones internacionales donde existe un gran intercambio ya no solo industrial, económico y de producción, sino también de ideas, conceptos y percepciones del bienestar de los trabajadores; se da de cierta manera una fuerza de influencia de países desarrollados económica e industrialmente sobre países que están en vías de desarrollo alentando así la demanda social del mejoramiento y replanteamiento de las políticas de seguridad social en países en desarrollo para poder tener los niveles mínimos y llegar a ser productivos ya no sólo como nación sino también como individuo. Con esto quiero decir que si el trabajador tiene dinero para comer en términos generales bien, tiene una vivienda digna y sus hijos tienen acceso a la educación, éste trabajador puede ser más productivo en su centro de trabajo ya que se logra concentrar en sus actividades.

Claro, falta mucho por hacer y son muchas las metas que todavía están en el papel y no sólo en los países en desarrollo, sino también en los llamados desarrollados que a los largo de la investigación se plantean diversos casos, no sólo de escandinavos y México, es ahí donde queda de manifiesto la necesidad de que para cualquier sistema de seguridad social es menester crecer y evolucionar lo más que se pueda a la par de la sociedad y de sus demandas para llegar así a la optimización de su meta, que no es otra más que mantener las condiciones para que trabajador se desempeñe en sus labores cotidianas.

II CAPITULO

MODELOS DE SEGURIDAD SOCIAL EN:

Cada país cambia de acuerdo a su desarrollo social, a las tendencias políticas, la presión de la población o de los prestadores de servicios, el acceso a la información y muchas otras variables. Esto permite que cada uno de los países que conforman la sociedad internacional posean características particulares que los distinguen entre ellos en términos de modelos de seguridad social, es decir, cada uno de ellos tiene una manera específica de proporcionar a la población los servicios y prestaciones que ésta demanda. Y a lo largo de este capítulo se tratará de resaltar la particularidad de cada uno de los modelos de los que aquí se habla.

1. ALEMANIA

Para abordar el caso de Alemania se tratara de hacer sobresalir lo mas representativo del sistema de seguridad social de éste país, ya que tras la reunificación alemana se han dado una serie de adaptaciones pero en esencia el modelo alemán sigue poniendo por delante el interés de mantener dentro de los lineamientos de beneficio al mayor número de trabajadores posible. No hay que olvidar que una de las hipótesis a comprobar en este trabajo de investigación es la necesidad adaptación de un sistema de seguridad social a las demandas y evolución de la sociedad a la mayor brevedad posible para así poder ser un buen sistema de seguridad social.

En Alemania se tiene registro de que el primer régimen amplio de seguro social fue instituido por el gobierno de Bismarck entre 1883 y 1889, si bien a partir de unos treinta años antes varios estados alemanes ya ayudaban a sus municipios a establecer cajas de enfermedad a las que los trabajadores podían ser obligados a contribuir. Por consiguiente, el principio del seguro es obligatorio, (ya se aplicaba, aunque el único cotizante era el asegurado).

El primer elemento del régimen fue el seguro de enfermedad, que comenzó en 1883 y era administrado por mutualidades ya existentes. En 1884 se inició el seguro de accidente de trabajo y enfermedad profesional, cuya administración se confió a las asociaciones de patrones. En 1889 se creó el seguro de invalidez y

vez, que administraban las autoridades provinciales. Tanto los trabajadores como los patrones y el Estado desempeñaban un papel y tenían voz en la dirección del régimen en su conjunto. El seguro social, como su nombre lo indica, era un seguro que se financiaba mediante cotizaciones en este caso de manera tripartita. La filiación era obligatoria para todos los asalariados a los que estaba destinado: varones y mujeres, jóvenes y ancianos, calificados y no calificados, y cualquiera que fuera el estado de salud. Ahora todos ellos, que hasta entonces no habían tenido casi ningún recurso de que echar mano, salvo la legislación de beneficencia, estaban protegidos por un régimen de prestaciones garantizadas y liberados del temor del asilo y de la necesidad de probar para obtener ayuda, que carecían de recursos.

El seguro social se desarrolló a mediados del siglo pasado a medida que progresaba la industrialización, habiéndose promulgado las primeras leyes de seguridad social a fines del mismo siglo. La autonomía administrativa del seguro social, que fue abolida en 1933, ha sido restablecida por la ley del 21 de febrero de 1951. La administración autónoma de todas las instituciones de seguros, incluso del seguro de accidentes, ha sido reglamentada de nuevo siguiendo un principio según el cual los asegurados y los empleadores tienen los mismos votos y los mismos derechos en lo que respecta a la administración autónoma.

Hay modificaciones relativas a la administración, entre las que se encuentran: la introducción de una tarjeta de seguridad social. La ley sobre la introducción de una tarjeta de seguridad social tiene por objeto extender y mejorar los instrumentos que permiten reprimir el empleo ilegal y los abusos mediante:

- la introducción de una tarjeta de seguridad social;
- la obligación de los empleadores de declarar a sus trabajadores, incluidos los que trabajan media jornada.

Entre las características del modelo alemán se puede puntualizar que la edad de jubilación se ha aumentado progresivamente hasta llegar a los 65 años. Quienes deseen jubilarse antes de los 65 años podrán hacerlo, pero recibirán una pensión reducida. Se ha suprimido la edad límite para trabajar.

Se ha establecido también una pensión parcial, que permite a los trabajadores combinar pensión e ingresos por una actividad a tiempo parcial durante el año que precede a su jubilación. Los pensionistas en este caso cobrarán 1/3, 1/2 o 2/3 de la pensión completa, teniendo en cuenta el límite de ingresos correspondiente. Continuarán pagándose las cotizaciones sobre los ingresos, aumentando el derecho futuro a la pensión.

Ha habido modificaciones relativas a la administración y mejoras en la información en el régimen del seguro de pensiones, que a partir del 1 de octubre

de 1989, se elaboro un programa informativo para documentar las biografías del seguro internacional de las personas que trabajan en dos o mas países miembros de la Unión Europea. El nuevo procedimiento incluye a personas procedentes de Bélgica, Francia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Reino Unido y Alemania.

El sistema de pensiones se ha extendido a todo el territorio alemán tras la reunificación y al extenderse las reglas que rigen el derecho a las pensiones éstas se basan ahora en los salarios y las cotizaciones, además de ser necesario efectuar ajustes regulares con arreglo a la evolución de los salarios en todo el nuevo territorio ya unificado.

A partir de enero de 1992, una categoría de personas que no percibían una pensión anteriormente, tienen derecho a pensiones para los asegurados y pensiones de sobrevivientes. Las instituciones del seguro de pensiones en el nuevo territorio recibió alrededor de medio millón de demandas de pensión, solamente en 1992. Los gastos suplementarios acarreados por estas pensiones y por los gastos "tope", se elevaron en 1992 considerablemente.

La fusión del seguro de enfermedad, que fue un acuerdo de unificación previo el establecimiento de un sistema de cajas de enfermedad, ciudad/distrito administrativo, en el territorio oriental, que se va adaptando gradualmente al modelo occidental. Las clínicas que existían bajo el antiguo sistema han podido seguir funcionando, aunque los problemas financieros en algunos casos las han obligado a cerrar. Se suprimieron las clínicas que eran antes gratuitas en Alemania del Este.

Se ha establecido el pago compartido de los medicamentos que se venden al 55% del precio normal aplicado en el resto de Alemania. El costo de la reducción corre en parte, a cargo de un programa gubernamental de 3 años y el resto lo absorbe la industria farmacéutica.

La cobertura para cuidados de larga duración incluirá a todas las personas afiliadas actualmente al régimen obligatorio de asistencia médica. Los empleadores y los empleados financian este régimen mediante cotizaciones.

Para neutralizar el costo suplementario de la cobertura de los cuidados de larga duración, la legislación propone que ya no se exija a los empleadores que paguen subsidios de enfermedad en dinero por el primer día de enfermedad. Los empleados podrán considerarlo como un día de vacaciones, o tomarlo como permiso sin sueldo. A partir del 1 de enero de 1993 se aplicó una reglamentación destinada a nivelar el pago complementario de los medicamentos para toda Alemania.

El 1 de enero de 1992 se introdujo el permiso para cuidar a un hijo enfermo, que da derecho a cada uno de los padres a 10 días laborales por hijo y por año (hasta un máximo de 25 días por varios hijos que enfermen en el mismo año). Los padres solteros tienen derecho al doble de esos días. La edad límite de los hijos para el pago de esta prestación es de 12 años. Anteriormente las cajas de enfermedad pagaban un máximo de 5 días al año de permiso con sueldo para cuidar a los hijos hasta la edad de 8 años.

La extensión de la asignación para criar a un hijo se extendió hasta los 18 meses para los niños nacidos después del 30 de junio de 1990. También se aumentó el período de pago en el caso de partos múltiples o de otro niño que nazca durante el permiso de los padres. Además, se extendió esta prestación a los hijos adoptados menores de 3 años y cubre ahora a los padres que siguen cursos de formación.

En el ámbito de accidentes del trabajo hubo modificaciones relativas al campo de aplicación y extensión del campo de aplicación territorial. El seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales se ha extendido a los nuevos territorios desde el 3 de octubre de 1990. Las disposiciones relativas a la organización, responsabilidad, rehabilitación, prevención y financiación comenzaron a aplicarse desde el 1º de enero de 1991.

Las demás disposiciones del derecho del seguro de accidentes, especialmente las que se refieren a las personas protegidas, los riesgos cubiertos y las rentas se aplican desde el 1 de enero de 1992, quedando entendido que:

- los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales ocurridos hasta el 31 de diciembre de 1991 quedan sujetos a la aplicación del antiguo derecho de los nuevos territorios;
- todos los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales que ocurran después del 1 de enero de 1992 sobre los nuevos territorios estarán sujetos a la aplicación del derecho de la República Federal Alemana.

Las medidas de integración previstas para ciertas categorías de inmigrantes son: los alemanes o alemanes de origen que trasladan su residencia del territorio de la República Democrática Alemana o de otro país de Europa del este, al de la República Federal Alemana con intención de buscar allí un empleo, se benefician de las diversas prestaciones de integración:

- en caso de desempleo
- durante su participación en un curso de alemán
- durante su participación en una medida de promoción individual de perfeccionamiento o de reclasificación profesional.

A condición de haber trabajado como asalariados en su país de origen durante 5 meses por lo menos.

El derecho a las prestaciones de integración: inmigrantes de origen alemán, tras la inclusión de los ex-alemanes del este en el sistema general de las prestaciones en concepto de la ley sobre la promoción del empleo, desde entonces solamente tienen derecho a las prestaciones de integración los ex-alemanes del este de origen alemán.

Las modificaciones relativas a la unidad alemana respecto a las prestaciones por despido. Las disposiciones siguientes, introducidas en 1990 y 1991, afectan a las prestaciones de desempleo de la manera siguiente:

- asimilación de periodos de empleo o de una actividad independiente efectuados en el territorio de la antigua RDA, a periodos de actividad profesional sujetos al pago de cotizaciones en la RFA,
- cálculo de las prestaciones debidas en concepto de tales periodos sobre la base de las ganancias obtenidas en la RDA,
- mantenimiento de los derechos adquiridos y su asimilación a los derechos comparables adquiridos según la legislación de la RFA,
- concesión de un complemento social a los trabajadores desempleados que en la antigua RDA, se beneficiaban de una prestación, hasta el equivalente del salario neto anterior por semana,
- introducción de una asignación de vejez transitoria para los asalariados que han alcanzado la edad de 57 años y están sin empleo en los nuevos territorios,
- extensión de la asignación de vejez transitoria a los asalariados que han alcanzado la edad de 55 años.

Tras la realización de la unidad alemana el 3 de octubre de 1990, se ha introducido la ley federal sobre las asignaciones familiares también en el territorio de la RDA a partir del 1 de enero de 1991. A fin de facilitar la transición con respecto al derecho de la RFA, el acuerdo sobre la unificación incluye varias derogaciones en atención a las disposiciones de la ley federal sobre las asignaciones familiares en vigor antes del 1 de enero de 1991.

No esta por demás hacer la precisión que tras reunificación de los territorios, Alemania enfrentó un problema de movimiento de ciudadanos hacia el lado occidental donde se piensa que se tendrán las mejores prestaciones y oportunidades de trabajo y el la realidad no es así, ya que se ha saturado el mercado de oportunidades laborales y el desempleo se ha visto aumentado y le es difícil al gobierno alemán cubrir las necesidades de la población si esta tiende a concentrarse de un lado del país.

Sin embargo, la reunificación alemana en términos generales ha dejado mas beneficios que cosas malas; pero el flujo de personas hacia un sólo polo del territorio ocasiona por razones obvias problemas, ya que las ciudades y sus esquemas de trabajo y de servicios estaban planeados para cierto número de personas y de momento el número de personas se ve aumentado de manera considerable.

Una de las características del modelo alemán es que permite a los jubilados combinar un salario con su pensión de jubilados, y el proporcionar una tarjeta de seguro social para los trabajadores. Tras la reunificación el sistema alemán de seguridad social se ha visto en aprietos, ya que el número de trabajadores es alto, al mismo tiempo que el desempleo ha aumentado a la par que demanda de servicios médicos tanto generales como de especialidad y el Estado no ha logrado emanar con la eficiencia esperada, respuesta a las necesidades sociales que se han desarrollado en algunos focos metropolitanos en los que la población que antes vivía bajo el régimen socialista han sobrepoblado algunas ciudades y con esto los problemas del sistema de seguridad social se han visto aumentados ya que no hay capacidad de respuesta suficiente.

2. ESPAÑA

En el caso español han habido también modificaciones que benefician a un mayor número de personas, al innovarse las leyes que rigen el esquema de seguridad social, por ejemplo: una ley publicada el 20 de diciembre de 1990 establece un sistema de prestaciones de seguridad social no contributivas para todos los residentes españoles. Bajo este nuevo programa, se pagarán prestaciones de invalidez al residente con bajos ingresos que este permanentemente incapacitado y cuyo grado de invalidez sea del 65% como mínimo.

Se pagarán pensiones de vejez a los residentes de 65 años de edad o mas que tengan derecho a ellas. El importe de la pensión de invalidez o de vejez pagadera se indicará cada año en el presupuesto del Estado. Las personas que tengan derecho a estas prestaciones y cuyos ingresos sean inferiores al nivel especificado, percibirán prestaciones para alcanzar este mínimo.

La jubilación anticipada de una actividad remunerada en la agricultura tuvo modificaciones relativas a la financiación y aumentos de las cotizaciones. En un Real Decreto del 22 de enero de 1991 el gobierno aumento las bases de la cotización mínima de seguridad social en 65%. Las bases mínimas fueron

aumentadas en 5.0%. Las tasas de cotización (24.0 para el empleador y 4.8% para el trabajador) permanecieron invariables.

El Decreto Real 1387/90 del 8 de noviembre de 1992, modificó la legislación regulando el pago de la prestación de desempleo, para los trabajadores temporales en el régimen agrícola, con el fin de evitar el fraude, racionalizar el régimen y reforzar su impacto.

Las prestaciones mas elevada son pagadas a los beneficiarios de edad avanzada, teniendo en cuenta la dificultad de éstos para encontrar un nuevo trabajo. Con el fin de promover una mayor movilidad ocupacional, los jóvenes trabajadores sin responsabilidades familiares reciben prestaciones inferiores.

La protección de trabajadores sin empleo e incentivos a la busca de un empleo, con el fin de equilibrar el presupuesto del Instituto Nacional de Empleo sin tener que aumentar las cotizaciones de la seguridad social, un Real Decreto anunció medidas específicas para acompañar la protección de las personas desempleadas de incentivos que les estimulen a buscar un trabajo.

El decreto extendió la duración mínima de los contratos temporales de promoción de 6 a 12 meses, a fin de reducir la rotación del personal temporal. Se prolongó de 6 a 12 meses el periodo mínimo de cotización. Se acortaron los periodos de pago de las prestación y se redujo la cuantía de la misma del 80 al 70% de los ingresos anteriores durante los 6 primeros meses de pago y del 70 al 60% por el período siguiente. No se pagara la prestación a los solicitantes que se nieguen a participar en los programas de formación profesional.

Existe un programa de capacitación profesional orientado a brindar a las personas incapacitadas en la búsqueda de empleo, fue incluido en el plan nacional de formación e integración profesional.

El programa provee formación profesional gratuita, subsidios para viejas estadias para las personas cuyos cursos de formación les obligan a viajar o a vivir fuera de su casa, y un subsidio mensual del 75% del salario mínimo a las personas menores de 25 años con responsabilidad de familiares con ingreso insuficiente que solicitan trabajo por primera vez y para las personas en situación de desempleo de larga duración mayores de 25 años. El plan provee también fondos para los centros que otorgan esta prestación.

A partir del 15 de marzo de 1991, se introdujo un nuevo sistema de asignaciones familiares. Se han aumentado substancialmente las asignaciones pero al mismo tiempo, se ha introducido limite de los ingresos.

El modelo español presenta cambios en cuanto a las prestaciones para los ancianos y las personas discapacitadas y también ha puesto mayor atención en los problemas de desempleo apoyando a las personas sin trabajo una ayuda que proporciona el Estado a través de instituciones especializadas no sólo en la ayuda económica sino también en la colocación del prestador de servicios.

3. ESTADOS UNIDOS

El caso a continuación estudiaremos, es algo complejo no solo por la cantidad de ciudadanos que tiene en su territorio sino también por la diversidad misma de la población, es decir no hay que olvidarnos que la población estadounidense esta compuesta en su gran mayoría de personas que han inmigrado de varias partes del mundo como Asia, América Latina y europeos; esta característica da un toque especial al modelo estadounidense de seguridad social, ya que con tal diversidad de componentes se ve en la necesidad de algunas ocasiones por cuestiones de tipo político, económico e inclusive presupuestal reducir o ser muy específico para la prestación de servicios, y menciono esto haciendo alusión al caso de la restricción y nulificación de servicios médicos y de educación a la población latina indocumentada en territorio estadounidense por una cuestión de reducción del presupuesto para algunos estados de esa nación. Se tratara de sobresaltar los aspectos más específicos de este modelo.

El 1° de enero de 1951 entro en vigor en Estados Unidos de América la ley del 28 de agosto de 1950, que prevé la reforma del régimen de seguridad social. Las nuevas enmiendas que son las primeras importantes adoptadas desde 1939 concierne al seguro de vejez y de supervivencia, las seguro de desempleo, a la asistencia pública y a la previsión social para niños. El seguro de vejez y supervivencia es aplicable en Puerto Rico y las Islas Virgenes.

La situación financiera del gobierno de Estados Unidos es mala y su déficit presupuestario anual de 160,000 millones de dólares, apenas la punta de la pirámide.¹⁰ Esa fue una de las conclusiones principales de una conferencia sobre el déficit y la deuda de Estados Unidos y el resto del mundo que congregó durante dos días en Jackson Wyoming a jefes de bancos centrales, economistas de Wall Street y académicos. Según los expertos, ese desequilibrio se debe a los inmensos costos ocultos del gobierno en el futuro para proporcionar cuidado médico y pensiones del seguro social a las personas nacidas durante la Segunda Guerra Mundial y que empezarán a jubilarse en aproximadamente 10 años.

¹⁰“EL ECONOMISTA, 6 de septiembre de 1995.”Muy difícil la situación financiera del gobierno de EUA, México

Y para que esto se pueda dar el sistema de seguridad social estadounidense ha adoptado una serie de medidas y políticas que hace que dicho sistema posea características muy particulares como son:

- Selección del médico por el paciente sin que la compañía aseguradora pueda negociar con el médico.
- Selección libre de la prescripción por parte del médico, sin que la aseguradora pueda asegurar la calidad o lo apropiado de la prescripción.
- Negociación directa de los honorarios entre médico y paciente.
- Pago por servicio médico, lo que permite al profesional aumentar sus servicios.
- Práctica individual para tener la posibilidad de referir pacientes, a los que se les cobrará por servicio médico.

Todas estas características antes mencionadas han permitido al estadounidense cubrir sus necesidades y mantener un nivel de vida digno y cómodo, ya que en el momento de solicitar apoyo al sistema de seguridad social se ve beneficiado el ciudadano. Aunque no en todos los casos los trabajadores y familiares de éstos corren con la misma suerte, ya que actualmente existen una serie de restricciones para las personas indocumentadas y catalogadas como ilegales; y estas medidas de restricción a las que se hace mención son por ejemplo el derecho a la educación primaria (o elemental como se le conoce en el territorio estadounidense) y también el derecho a la asistencia médica tanto general como de especialidad.

Ya en el pasado reciente, durante la campaña presidencial, Bush acusó a Clinton de que su propuesta de regular el sistema de salud repercutiría en una intervención masiva del gobierno en el ámbito médico y eso traería como consecuencia un fortalecimiento de la burocracia.

Clinton rechazó la polarización entre regulación y privatización y explicó cual es su tesis sobre la regulación de la atención médica, la cual ha sido propuesta por Enthoven, Paul Starr y el grupo de Jackson Hole para contener su costo.

La voz principal ha sido Alain Enthoven que define a la competencia administrativa como una estrategia de compra de servicios médicos para que las empresas y sus trabajadores obtengan el máximo valor de su dinero. Se premia anualmente a los servicios que los pacientes y sus familias están en una posición débil para tomar decisiones acertadas, se requiere de un grupo defensor, en este caso una cooperativa que compra los servicios a una aseguradora de salud

(Health Insurance Purchasing Cooperative: HIPC). La cooperativa estructura y ajusta el mercado entre planes competitivos para establecer reglas que eviten la elección de riesgos. Para tener derecho a los premios los médicos deben estar motivados hacia conductas económicas.

La discusión de estas ideas ha sido intensa y han participado asociaciones y colegios de médicos, académicos, políticos de todos los niveles y la población en general. Hay defensores del "status quo" y del cambio radical y entre ellos de todos los matices posibles.

A pesar de que se ha reconocido desde un principio que era indispensable reducir los costos; sin embargo, no hay claridad de cómo se piense lograr.

En Estados Unidos como respuesta a las demandas de mayor información sobre seguridad social en los niveles de educación primaria enseñanza media. La Oficina de Administración de Seguridad Social ha desarrollado un programa que prepara a los profesores de este nivel para enseñar más objetivamente sobre seguridad social. Dicho programa es el vehículo de enseñanza a los niños, adolescentes y jóvenes.

El paquete es básicamente interactivo, muy flexible y permite al profesor adaptarse a cualquier situación en el salón de clases o en otro lugar, según el tiempo del día del que disponga. Uno de los enfoques que en la actualidad da EU a la seguridad social es que las naciones del mundo tienen que ir obligando a crecer a sus modelos de seguridad social y siempre tratar de satisfacer las necesidades del momento.

Todos los estadounidenses económicamente activos pagan impuestos de seguridad social; y uno de cada 6 recibe algún beneficio de seguridad social por lo menos una vez al mes. Actualmente el grueso de los estadounidenses consideran a la seguridad social como un tema del futuro, a pesar de que en estos momentos hay una cifra considerable de beneficiados por invalidez, desempleo, pensión de sobrevivientes, retiro, educación, atención médica, etc.

Al pasar la Gran Depresión se empezaron a notar algunos signos del origen de la seguridad social. El presidente Roosevelt firmó el 14 de agosto de 1935 un Acta de Seguridad Social, en la que principalmente se protegía a los ancianos y personas de edad avanzada, y también quedaban amparados los jubilados.

Después de 6 décadas, la seguridad social ha crecido hasta abarcar prácticamente a toda la población estadounidense. En esta época 9 de cada 10 ancianos estadounidenses reciben beneficio del sistema de seguridad social.

La seguridad social se ha visto envuelta en la evolución y necesidades de la humanidad. Claro que en cada país se manifiesta de una forma diferente. El modelo estadounidense de seguridad social no solo se ha preocupado por tener un buen sistema durante estos últimos años, sino se está preocupando por la elaboración de programas futuristas.

Al pasar de los años las necesidades de los estadounidenses han ido variando de diferentes maneras, y esto ha orillado a una obvia reestructuración y reforma del sistema de seguridad social y ejemplo de esto son las mejoras en el sistema que se dieron durante 1989 y 1990, la Administración de la Seguridad Social (ASS) efectuó varios cambios para mejorar la administración de las prestaciones. El más importante fue el establecimiento en el ámbito nacional de la atribución de números de seguridad social a los niños (SSN). Este proceso se llama Enumeración al Nacimiento. Los estados transmiten a la ASS los datos de los nacimientos que envían los hospitales, a fin de que se atribuyan automáticamente los SSN.

Además la ASS instaló terminales especiales y otros dispositivos para los empleados de la Administración que son invidentes o parcialmente videntes. Los empleados reciben una formación especial para la utilización de los aparatos que les ayudaran en el desempeño de sus funciones.

En febrero de 1989 la ASS introdujo un logicial mejorado en el Sistema Modernizado de Solicitudes, para el tratamiento de las solicitudes iniciales de seguridad social de los beneficiarios y también estableció el sistema Internacional de Depósito Directo. Este sistema facilita el depósito directo de pagos en su banco local a ciertos beneficiarios que viven en el extranjero. Se llevaron a cabo unas operaciones piloto con el Reino Unido. En julio de 1989 se extendió este sistema a Canadá.

En octubre la ASS llevó a cabo varios cambios en su servicio telefónico gratuito nacional, a fin de mejorar el servicio al público. Se extendió el sistema para que cubriera a todo Estados Unidos y permitiera a los beneficiarios programar sus citas en las oficinas regionales hasta con cuatro semanas de anticipación.

En diciembre la ASS comenzó a experimentar su nuevo logicial de Respuesta a las Peticiones de Información. Gracias a este logicial, el usuario puede solicitar información de todas las bases de datos apropiadas, presentándola después al usuario en forma resumida.

En enero de 1990 el MACADE, un sistema que permite la entrada directa de datos en línea para los casos tratados por los ocho Centros de Procesamiento de

la ASS, se extendió, pasando de una operación piloto al comienzo de su aplicación nacional. El MACADE se terminó de instalar en 1991.

Normas más severas para los beneficiarios representantes las da el programa de seguridad social que prevé el pago de las prestaciones a representantes de los beneficiarios cuando éstos últimos son incapaces de administrar sus propias prestaciones.

Estos cambios implican una investigación más completa sobre posibles beneficiarios representantes, limitan en general a un mes el aplazamiento o la suspensión del pago directo de las prestaciones en espera de seleccionar un representante y contienen unas normas más severas para determinar la capacidad de los representantes demandantes a administrar los pagos de prestaciones en nombre de los beneficiarios.

A partir del 1 de mayo de 1990 los titulares de una suspensión de invalidez permanente bajo el Sistema de Seguridad Social tienen derecho a una pensión complementaria. El gobierno reconoció que la pensión regular estaba destinada a reemplazar una parte de los ingresos perdidos por la persona, pero no cubría los gastos que pudieran surgir después del comienzo de la invalidez. Por lo tanto, se consideró necesario facilitar una asistencia financiera suplementaria para hacer frente a una parte de los gastos asociados a la medicación, a la adquisición de ayudas y aparatos y a los cuidados.

Asimismo, el 1 de enero de 1991 se otorgó una pensión complementaria a los titulares de una pensión de invalidez dentro del Régimen de Indemnización de los Empleados, como ayuda para los gastos de asistencia.

La abrogación del seguro contra los riesgos de salud extraordinarios están en la ley de 1989 de abrogación del seguro social contra los riesgos de salud extraordinarios en el marco del programa Medicare deroga prácticamente todas las disposiciones de la ley anterior sobre la materia. Esta ley fue objeto de controversias casi desde su promulgación. Muchas personas de edad avanzada (beneficiarias de estas medidas) pensaban que las prestaciones complementarias para la asistencia intensiva no eran necesarias, o que ya se incluían entre las suministradas por los empleadores y por los regímenes complementarios de seguro de Medicare. No obstante, el punto más importante en discusión era el financiamiento de las nuevas prestaciones. Aproximadamente un 37% de la financiación debía provenir de una prima adicional, uniforme (pagada por los afiliados de Medicare).

En lo referente a la extensión de la duración de la indemnización, el Congreso ha adoptado un texto que prolonga el periodo de indemnización de las personas

desempleadas que llegan al término de sus derechos. Este texto ha sido aprobado por el Poder Ejecutivo

El 5 de noviembre de 1990, presidente Bush firmó la Ley General de Conciliación del Presupuesto de 1990 (P.L. 101-508) -Omnibus Budget Reconciliation Act), que contenía encomiendas a la Ley Federal del Impuesto de Desempleo. Entre ellas figuraba la extensión del impuesto provisional de 0.2%, que se agravó según las Encomiendas de 1976 a la Indemnización de Desempleo durante 5 años más hasta diciembre de 1995.

El máximo descuento tributario compensatorio estatal del empleador sobre el impuesto federal obligatorio se mantuvo en el 5.4%. El impuesto federal neto, que consiste en el resto del impuesto federal obligatorio del empleador, una vez que se aplica el descuento tributario compensatorio, siguió siendo del 0.8%.

La legislación anuló también el límite de 35 años para el gasto de las distribuciones de fondos de 1956 y 1958, asignados a los estados bajo la Ley Reed de 1954 con fines administrativos. Por lo tanto, los estados pueden hacer uso de los fondos a perpetuidad para hacer frente a gastos administrativos (según la Ley Reed los fondos excedentes del máximo legal en la Cuenta Federal de Desempleo se distribuyen entre los estados para que se utilicen con fines administrativos).

El programa ampliado Prestaciones SSI está en la ley Pública 101-239 que incluía una disposición que requiere el establecimiento progresivo de un programa ampliado para los niños que tienen derecho a las prestaciones SSI en concepto de incapacidad o ceguera. La disposición estipula que el programa se integrará en las negociaciones existentes, incluidos los sistemas escolares y los organismos de servicios públicos y privados que se ocupan de las necesidades de los niños y que conocen a posibles beneficiarios del SSI.

Como conclusión podemos decir que para Estados Unidos no le es fácil mantener en buen concepto las acciones tomadas para satisfacer las necesidades de su población, ya que los factores que influyen son tanto políticos como económicos que para la toma de decisiones en especial en ese país son factores importantes, ya que el consenso es indispensable en el Congreso para aprobar o desaprobar una ley o propuesta presupuestal y creo yo que es en este punto donde radica una de las características más significativas del modelo estadounidense ya que sale un poco de lo que a lo largo de este trabajo de investigación se ha tratado de poner de manifiesto, me refiero a la capacidad de adaptación que un modelo de seguridad social necesita para poder ir adaptándose a las necesidades que la sociedad misma le demanda.

Cabe destacar que para Estados Unidos el VIH representa un gran problema a combatir y se invierte un presupuesto considerable para la cura, investigación y atención de pacientes con este padecimiento, ya que un gran número de estadounidenses lo han contraído y manifestado o son portadores y esto como consecuencia de la cantidad homosexuales y drogadictos que hay en ese país.

4. FRANCIA

El modelo que a continuación se estudia es complejo y al pasar de los años ha adquirido experiencia en cuanto a detectar las necesidades de la sociedad antes de que dichas necesidades se conviertan en demandas conflictivas y en un verdadero problema, es decir, como sistema de seguridad social es funcional y de acorde con la realidad que la mayoría de los franceses viven, claro sin quedar como modelo de perfección, es sólo que una de las características de este modelo es precisamente la actualización y reformas frecuentes de las políticas de seguridad social. Y no hay que olvidar que en Francia hay problemas de xenofobia por parte de algunos grupos y esto nos habla de que es un país con gran inmigración extranjera sobre todo de algunas partes del norte de África y de otras partes de Europa

Empezaremos por ir poco hacia atrás en el tiempo recordando el decreto del 12 de marzo de 1951, que fijó en Francia las condiciones de atribución de los subsidios de desempleo y ha reemplazado el decreto del 6 de mayo de 1939 sobre codificaciones de los textos referentes al desempleo, así como los textos posteriores introduciendo enmiendas en sus principales disposiciones. El nuevo decreto enumera las disposiciones generales relativas a las diversas formas de asistencia, a las categorías de desempleados que recibirán subsidios y a las modalidades de ayuda en caso de desempleo completo o de desempleo parcial. El decreto estipula las condiciones relativas a las condiciones relativas a la concesión por el Estado de subvenciones a las cajas privadas de seguros de desempleo.¹¹

El importe de las prestaciones familiares concedidas a los beneficiarios del régimen ha sido aumentado varias veces desde 1951, por aumentos sucesivos del salario de base que sirve para calcular estas prestaciones.

En lo referente a la vejez, invalidez y sobrevivientes ha habido reformas importantes, en el documento oficial sobre la reforma de las pensiones, en mayo de 1991, el gobierno publicó un informe en el que se examina el futuro del régimen distributivo de pensiones. Algunas de las medidas propuestas incluyen

¹¹Dupeyron, Jean Jacques. SECURITE SOCIALE pp 80

la elevación de la edad de jubilación de 60 a 61 y 62, y un aumento gradual del número de años necesarios para la jubilación pasando de 37.5 a 41 o 42.

Ahora bien, con lo que respecta a las modificaciones relativas a las prestaciones, aumento de las pensiones de sobrevivientes, el aumento a tanto alzado de las pensiones de sobrevivientes por un hijo a cargo, que solo se concedió anteriormente al cónyuge sobrevivientes se extendió a los cónyuges divorciados que no han vuelto a contraer matrimonio, así como a los cónyuges de las personas que han desaparecido

También se han llevado a cabo reformas hospitalarias que surgieron en virtud de la ley que reforma la organización de los hospitales, el seguro de enfermedad ha venido a desempeñar un papel considerablemente mayor. Además del análisis de los presupuestos hospitales y de su participación en los consejos de administración, así como también en las comisiones regionales y nacionales, el seguro de enfermedad tendrá como funciones importantes el análisis y la ejecución de algunos proyectos. El objetivo de esta mayor presencia en el sector hospitalario es una mayor eficacia en el control de los costos.

Una ley paralela amplía las funciones del seguro de enfermedad en el sector hospitalario privado, dando con esto oportunidad a que un mayor número de personas puedan ser atendidas con oportunidad cuando así lo requieren o en los casos en que en el sector privado se tiene la capacidad tecnológica para realizar estudios especializados con rapidez, esto no quiere decir que el sector público no cuente con la infraestructura necesaria, sino que llegan a complementarse para así proporcionar una mejor atención.

También se han modificado algunas disposiciones como el introducir el principio de pago de la tercera parte para los exámenes y análisis de laboratorio. La administración de los laboratorios ha sido también incluida, de modo que en la ejecución de sus tareas se observara una estricta economía.

La misma ley incorpora un principio de objetivos globales a, fin de limitar los gastos en concepto de pruebas biológicas.

El número de revisiones pre-natales obligatorias ha sido incrementado de cuatro a siete. El test VIH, en este contexto de la asistencia pre-natal, es cubierto por el régimen de maternidad, tanto para las madres, como para los padres.

Un grupo de trabajo creado para estudiar las modalidades de mejorar la indemnización de los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales publicó su informe en julio de 1991. Tres subgrupos se encuentran en la

actualidad investigando los medios técnicos y las reformas necesarias en tres áreas, basándose en las conclusiones del informe:

- armonización del método de cálculo de la prestación diaria con el seguro de enfermedad
- mejora del cuadro de enfermedades profesionales y creación de una lista complementaria y
- evaluación de la invalidez permanente, basada, tanto en la invalidez funcional (pérdida de capacidad física), como en la invalidez profesional (pérdida de capacidad salarial).

Se añadieron a la lista tres enfermedades profesionales nuevas enfermedades y se distribuyó una circular oficial relativa a la aplicación de la legislación a los casos de infección VIH en el trabajo.

Además se suprimió el tope de la cotización. Los empleadores tendrán que reembolsar ahora el valor de todas las prestaciones de seguridad social pagadas por una lesión o enfermedad de la que resulto ser responsable el empleador.

El régimen cubre a las personas que buscan un empleo contra los accidentes ocurridos durante las actividades mencionadas, así como durante el transporte entre esas actividades y su domicilio.

En un intento de disminuir la tendencia creciente del desempleo de larga duración, especialmente entre los trabajadores jóvenes no calificados, de edades comprendidas entre los 16 y los 25 años y entre los trabajadores mayores de 50 años de edad, una comisión interministerial adoptó un conjunto de medidas, entre las que se incluyen la formación pre-empleo y la revisión de los casos individuales.

Los beneficiarios de la formación pre-empleo son trabajadores jóvenes no calificados que han estado desempleados durante un periodo mayor de seis meses. El régimen proporciona formación y, de modo alternativo, trabajo durante un periodo de hasta 18 meses (seis meses de educación general, tres meses de trabajo en una empresa, seguidos de seis meses de formación profesional y tres meses en una empresa). Los beneficiarios tienen el estatus de aprendices. Este régimen se dirige a los jóvenes que no pueden conseguir trabajo debido a una carencia de calificaciones básicas, como por ejemplo la lectura, la escritura y el pensamiento lógico.

Un segundo conjunto de medidas se centra en las personas desempleadas de larga duración y que poseen las calificaciones requeridas por el mercado. La Oficina Nacional de Empleo entrevistara a cada persona desempleada durante 2 o más años y propondrá un programa acorde con sus necesidades, acompañado

de un período de formación y de una modalidad de integración en la fuerza del trabajo.

El plan de empleo aprobado en octubre de 1991, concedía dos años de prórroga de la exoneración de las cotizaciones de la seguridad social a las pequeñas empresas que contraten jóvenes no calificados, entre los 18 y 25 años de edad. Para tener derecho a esta exoneración, el empleador no tiene que haber efectuado ningún despido por razones económicas desde el 1 de septiembre de 1991. Esta restricción tiene por objeto evitar todo riesgo de que se reemplacen los trabajadores de mayor edad por otros más jóvenes no calificados.

Se introdujo otra medida destinada a fomentar la creación de servicios que faciliten ayuda para el cuidado de los niños, y una asistencia doméstica para las personas que pagan poco o ningún impuesto sobre la renta, mediante una mejora de las prestaciones sociales.

En el marco de las medidas adoptadas contra el empleo clandestino, el gobierno francés aprobó en diciembre de 1991 un proyecto de ley que exige que los empleadores afilien a los trabajadores nominalmente en los servicios de seguridad social antes de hacer efectiva su contratación. Además, el empleador debe extender al empleado un certificado de trabajo. Una innovación importante de esta legislación esta dada por el hecho de que los empleadores y los empleados quedan obligados de modo conjunto al pago de impuestos, cargas y cotizaciones estatutarias cuando se compruebe que un trabajador desempeña un trabajo clandestino. Antes serán solamente los empleados quienes se responsabilizaban del trabajo clandestino.

Se pagará un nuevo suplemento, además del subsidio especial de educación, en el caso de que un padre o madre tengan que dejar de trabajar o pagar a alguien para ocuparse de un hijo con una incapacidad particularmente grave, que requiere cuidados de larga duración sumamente técnicos. El suplemento es mensual y es pagadero desde el 1 de julio de 1992.

Brevemente destacaremos que en el modelo de seguridad social de Francia trata de cubrir las demandas de la sociedad de una manera eficaz. Y también para Francia una de las enfermedades a las que se les tiene mayor atención es el SIDA ya que una gran número de franceses e individuos de otras nacionalidades que viven en territorio francés lo padecen o son portadores, y esto por el número de homosexuales y también de personas drogadictas.

5. REINO UNIDO

En el marco del sistema de Gran Bretaña se puede pensar que es uno de los modelos de seguridad social con mayor nivel de eficiencia, mas sin embargo tiene como todos los demás modelos problemas de maleabilidad y adaptabilidad para evolucionar con la velocidad con que lo hace la sociedad y sus demandas.

Empezaremos por mencionar que precedido de un régimen de seguro nacional de enfermedad (1913), se implanta en el Reino Unido en 1948, el Servicio Nacional de Salud. Las diferencias entre éstos, podrían considerarse desde los siguientes puntos de vista: por una parte, el seguro comprendía a los trabajadores que ganaban menos de una cantidad, no consideraba la extensión al núcleo familiar, ni hospitalización y su financiamiento era tripartito (cotizaciones fijas estatales, patronales y del trabajador); por la otra, el Servicio Nacional de Salud cuya estructura actual obedece básicamente a las propuestas de sistema unificado y dirigido a toda la población contenidas en el plan Beveridge, cubre a todos los residentes, es prestado por el Estado y se financia en un 10% aproximadamente por una reducida cotización semanal por varón adulto, que es prácticamente un impuesto, estando el 90% restante a cargo de los fondos públicos. El control central, la formulación de políticas y la planificación general están a cargo del Departamento de Salud y Seguridad Social, que depende de la Secretaría de Estado para los Servicios Sociales

Por lo anterior es evidente que en Gran Bretaña el seguro nacional de enfermedad, que como se ha señalado, tripartito y dirigido a los trabajadores, se transformó en un servicio nacional que comprende a todos los residentes y cuyo financiamiento esta prácticamente a cargo del Estado

El modelo "National Health Service" ha sido el paradigma, para la seguridad social de varios países de América Latina, aún si existen diferencias en el financiamiento, en la cultura y en el desarrollo industrial. Como se sabe, el 90% de los servicios son financiados por el pago de impuestos.

El gobierno de Margaret Thatcher trató de modificar el sistema en muchas ocasiones, pero recibió un rechazo total pues gozó del aprecio de la población sin distinción de su pertenencia a un partido político. No obstante, el Parlamento promulgó una reforma en 1990 que cambió las relaciones internas y el balance ya establecido entre pacientes, prestadores de servicios y el gobierno. Consiste en fortalecer la medicina general sin asignar recursos para ello, lo que da como resultado que los especialistas se debilitarán; en ningún momento se habla de la población. El actual Primer Ministro apoya esta modificación, pero desea aumentar los recursos en un 20%. Los administradores están en favor, la

mayoría de los médicos en contra. A pesar de esa reforma, se mantiene un aceptable equilibrio y la aceptación general.

Los médicos están consientes de los costos y gracias a ello, la libertad clínica es un valor positivo y no un problema. A corto plazo se supone que los médicos tendrán cada día mayor dificultad para tomar decisiones racionales a este respecto. El 90% de los contactos medico-paciente se dan en el primer nivel de atención y allí se autocontrolan las referencias a especialistas. Obviamente la capacitación del medico general es de una excelente calidad.

En voz de John Lister,¹² la reforma de Thatcher ha creado mucha incertidumbre en aspectos financieros y como afectan la profesion medica e invita a una revisión periódica para evitar que los medicos generales se interesen más en lograr ahorros que los beneficien, olvidando lo que deberá ser y ha sido hasta ahora su deber prioritario: la salud de la comunidad británica.

Algunas modificaciones relativas a la administración en cuanto a la reorganización del Departamento de Seguridad Social. En abril de 1991 fue reorganizado el Departamento de Seguridad Social con la creación de dos estructuras de direcciones separadas, la Agencia de Cotizaciones y la Agencia de Prestaciones. La Agencia de Cotizaciones persigue el proposito de mejorar tanto la recaudación como el registro de las cotizaciones del seguro nacional; la Agencia de Prestaciones se propone mejorar la administración y el pago de las prestaciones y es responsable de las 500 oficinas locales con que cuenta el Departamento.

Para algunos discapacitados, las actuales disposiciones en materia de prestaciones contienen un real desincentivo a buscar empleo. La asignación para los discapacitados activos ha sido concebida con el fin de ofrecer ayuda y posibilidades mas completas a todos los discapacitados que deseen trabajar. Será de tipo parecido al crédito familiar y eleva las ganancias con un retiro progresivo de la prestación a medida que aumenten los ingresos.

Por otra parte, la legislación prevé nuevos métodos para solicitar las prestaciones. Un aspecto importante de estos cambios es el nuevo servicio telefónico gratuito para los incapacitados, la línea reservada a los pedidos de información sobre las prestaciones, es la primera línea de asesoramiento asistido por computadora que ofrece indicaciones personalizadas sobre las prestaciones de invalidez en general y ayuda también a llenar el formularios de solicitud de servicios.

¹²Miembro del Colegio Británico Real de Medicos.

Las nuevas disposiciones representan un cambio fundamental en la estructura de ayuda a los incapacitados en el marco de la seguridad social del Reino Unido. Por primera vez, el sistema de prestaciones promovió explícitamente la independencia de los incapacitados, sosteniéndolos financieramente en su actividad profesional, en lugar de ayudarlos en primera instancia cuando se encuentran totalmente incapacitados para trabajar.

Ha habido modificaciones relativas al campo de aplicación existe un documento para debate sobre la edad de la pensión estatal. El 18 de diciembre de 1991, el gobierno publicó un documento para debate "opciones para igualar a la edad con la pensión estatal".

En ese documento se solicitaban comentarios y propuestas sobre dos cuestiones principales:

- si se prefiere una edad común para la pensión, ¿que edad deberá adoptarse y en que periodo de tiempo debería aplicarse el cambio?
- si se prefiere una edad flexible para la pensión, ¿que edad deberá adoptarse como base para preparar un plan detallado?

Todo examen de posibles cambios en la edad de la pensión estatal deberá tener en cuenta varios factores sociales y económicos, tales como:

- tendencias de los ingresos de los pensionados, incluido el papel que desempeña la pensión estatal;
- factores demográficos, incluidos el número de pensionistas y el volumen de la fuerza de trabajo en el futuro;
- esperanza de vida;
- costo futuro de la pensión estatal de jubilación; proyección del costo del sistema actual, en términos absolutos y como porcentaje del producto nacional bruto de Reino Unido.

También existen modificaciones relativas a las prestaciones, como la abolición de la condición de jubilación que a partir de octubre de 1989, la condición de jubilación para la pensión estatal de vejez y la regla de ganancias fueron abolidas. Conforme a los arreglos anteriores existía un requisito de elegibilidad para que las personas se jubilaran de un empleo regular y la pensión era reducida si los ingresos excedían de un tope (estipulado) semanal.

Como alternativas al régimen del Estado encontramos la reducción de la cotización al seguro nacional Clase 1, ofrecida a partir de abril de 1988 a los asegurados que cotizan a un régimen que no es el Régimen Estatal de Pensiones relacionadas con los ingresos, ha pasado del 5.8% al 4.8% a partir de 1993. La

reducción se divide entre el empleado (1.8%) y el empleador (3%), que eran antes del 2% y del 3.8%, respectivamente. El incentivo extra del 2% pagado a las personas que cotizan a otro régimen finalizó en abril de 1993. Se introdujo en esa fecha una reducción suplementaria relacionada con la edad del 1% para los beneficiarios de pensiones personales de 30 o mas de edad.

En cuanto a las modificaciones relativas a la financiación y medidas a los regímenes profesionales de pensión se tiene conocimiento que en julio de 1990 empezaron a aplicarse unas medidas relativas a los regímenes profesionales de pensión. A partir de esa fecha los regímenes deben:

- aumentar las pensiones con respecto a futuros servicios;
- utilizar todos los fondos excedentes del régimen para aumentar a los miembros por servicios pasados;
- revalorizar, de acuerdo con el aumento del índice de los precios al por menor, hasta un máximo del 5%, el total de la pensión protegida de los miembros que abandonan el régimen o el empleo.

Cuando el empleador se vuelve insolvente, se protegen los derechos de los miembros con el nombramiento de un síndico independiente del régimen. El empleador tendrá que cubrir cualquier déficit en los haberes del régimen en el momento de la liquidación y asegurar los derechos de los miembros.

Además, un registro de búsqueda permitirá a las personas encontrar derechos de pensión de los que han perdido el rastro.

Se ha establecido un Mediador para las Pensiones. Los poderes de este cargo incluyen la investigación y decisión en cualquier litigio de hecho o legal entre un miembro y el régimen, y el examen de quejas acerca de una mala administración.

También en lo referente a vejez, invalidez y sobrevivientes, enfermedad, accidentes del trabajo y desempleo, hay una reforma importante que es, la igualdad de trato en los regímenes profesionales de seguridad social.

A partir del 1 de enero de 1993, los regímenes profesionales de seguridad social estuvieron en infracción si discriminaban entre hombres y mujeres, ya sea directa o indirectamente. Es esta una de las principales disposiciones de la ley de seguridad social que ha recibido el beneplácito de la Reina el 21 de julio de 1989. Esta ley, que tiene el objeto de instrumentar las disposiciones de la directiva de 1986 de la Comunidad Europea sobre la igualdad de trato a hombres y mujeres en todos los regímenes ligados al empleo, incluye las indemnizaciones por cese de servicios, la jubilación, las pensiones de vejez, sobrevivientes, enfermedad o invalidez, los accidentes o las enfermedades profesionales y el

desempleo. La ley no se aplica en aquellos regimenes donde el empleador no cotiza (como el de cotizaciones complementarias voluntarias a los regimenes de pensiones o a los regimenes de seguro de enfermeras privados).

Con respecto a la excepci3n en lo concerniente a la edad jubilatoria, se tiene que, no obstante, es indudable que la excepci3n m1s importante es la que se refiere a la armonizaci3n de la edad jubilatoria: los regimenes de pensiones siguen autorizados a fijar legalmente a hombres y a mujeres diferentes edades de jubilaci3n. Es este un campo sumamente complejo, que sera reglamentado por una directiva de la Uni3n Europea, que a1n esta en proyecto pero, una vez adoptada instruir1 la igualdad de las prestaciones a los sobrevivientes y de la edad de jubilaci3n en los regimenes generales o profesionales.

La ley de seguridad social de 1989 tambi3n protege a las mujeres contra las "disposiciones inequitativas en materia de maternidad" y a todos los empleados en general contra las "disposiciones inequitativas en materia de licencias familiares". Otorga adem1s mayores facultades a la Oficina de Cajas de Pensiones Profesionales y enmienda las medidas sobre las prestaciones de maternidad previstas por la ley.

Una reforma importante a la reorganizaci3n de los Servicios de Salud se dio a partir de abril de 1991, se han modificado los m3todos de prestaciones del Servicio Nacional de Salud (NHS). En adelante, las autoridades sanitarias y los hospitales pueden desempe1ar las nuevas funciones de: "compradores" y "suministradores" de asistencia m3dica. El NHS y la ley Community Care autorizaron dichos cambios.

Las autoridades sanitarias contin1an siendo financiadas centralmente, pero pueden establecer libremente contratos de servicios con los hospitales que deseen. La ley prepar3 tambi3n el terreno para que algunos de los hospitales m1s importantes del NHS se convirtieran en consorcios aut3nomos con la libertad de contratar personal, negociar los salarios y las condiciones de servicio, pedir prestamos y comprar, poseer y disponer de bienes. Tambien se ha remitido a algunos de los m3dicos internistas m1s importantes que controlen su propio presupuesto.

Se han prefigurado otros cambios, tales como:

- encargar a las autoridades locales, en colaboraci3n con los servicios m3dicos y de enfermer1a, que eval1en las necesidades individuales e ideen medidas de asistencia;
- garantizar que las autoridades locales elaboren y publiquen planes claros para el desarrollo de los servicios de asistencia social;

-solicitar a las autoridades locales que establezcan unidades de inspección a fin de verificar los niveles de la asistencia en las residencias de su propio sector y del sector independiente;

-transferir fondos, incluido el elemento de asistencia del depósito de fondos de apoyo a los ingresos, del Ministerio de Seguridad Social a las autoridades locales a través del Subsidio de Protección a los Ingresos.

Existen diversos cambios como la estrategia sanitaria para reducir las enfermedades que pueden ser evitables. En junio de 1991, el gobierno publicó un documento de consulta en el que se formaban propuestas para reducir las enfermedades evitables que producen mala salud y muertes prematuras. Las propuestas contenían una serie de objetivos y metas sanitarias para mejorar la salud en general de la nación. Entre las metas contempladas figura la reducción de las muertes debidas a enfermedades coronarias y al cáncer del pecho; la reducción del consumo de alcohol y de cigarrillos, y la mejora de la higiene odontológica de los niños.

Un Grupo de Coordinación de la Estrategia Sanitaria, junto con otros varios grupos de trabajo, ha sido creado con el fin de ayudar a evaluar las respuestas a éste ejercicio de consulta y tras la publicación de un Libro Blanco, hacer progresar dicha estrategia.

En cuanto al desempleo existen modificaciones relativas a las prestaciones y a los cambios en las prestaciones de desempleo que durante 1989 se introdujeron diversos cambios en el Régimen de Prestaciones de Desempleo.

Las disposiciones relativas a la reducción de las prestaciones de los beneficiarios de más de 60 años de edad en razón de su jubilación fueron extendidas para abarcar a las personas comprendidas entre los 55 y los 60 años de edad y se extendieron asimismo para incluir las pensiones personales.

Las normas referentes a la elegibilidad para el pago fueron reforzadas. Además de estar disponible para realizar un trabajo, la persona tiene también que "estar buscando activamente trabajo" inicialmente en su ocupación habitual (como hombre o mujer), pero después de cierto periodo en una gama más amplia de ocupaciones.

La regla relativa a las ganancias hipotéticas en lo referente a los trabajadores estacionales fue abolida a fin de asegurar que no se desanima a las personas a aceptar un trabajo que solamente está disponible en ciertos periodos del año. Anteriormente, no se podía proceder al pago de la prestación durante la estación libre por reglas que exigían que debería asumirse una ganancia hipotética si una persona había estado percibiendo altos ingresos durante la estación activa.

La persona en situación de desempleo de larga duración puede ahora aceptar un trabajo a prueba y no sufrir perjuicio alguno si abandona dicho trabajo durante el periodo de prueba.

Existen disposiciones obligatorias para las personas en desempleo de larga duración y desde finales de 1991 se hizo obligatoria la asistencia a cursos de reconversión para algunas personas en desempleo de larga duración. Se trata de aquellas que se encuentran desempleadas desde hace dos años o más, y que no han aprovechado las oportunidades anteriores de formación propuestas por el consejero del demandante.

La no asistencia a estos cursos se sanciona con la reducción del Subsidio de Apoyo a los Ingresos, de hasta el 40% del subsidio personal de una semana, por cada semana o parte de la semana en la que la persona no asistió al curso. Hay excepciones para quien tiene buenas razones para no asistir.

Se introdujo el cambio a partir del 17 de diciembre de 1991 y se hizo efectivo con la introducción del Reglamento 21A de los Reglamentos (Generales) de Apoyo a los Ingresos, 1987.

Otro cambio se refiere a la definición del trabajo de jornada completa. A partir de enero de 1992, paso a ser de 16 horas en lugar de 24 horas anteriormente, a fines de rechazo del empleo.

Esta enmienda es una consecuencia del aumento del Crédito Familiar que permite hacer una demanda a las personas que tienen menos horas de trabajo. Es también concomitante con un cambio similar en la definición del trabajo de jornada completa de la legislación del Apoyo a los Ingresos, en la que las personas con un trabajo de jornada completa no tienen derecho a este subsidio.

En el ámbito de la familia hay una reforma importante que, son las nuevas disposiciones de ayuda a los hijos. El 29 de octubre de 1990, el gobierno publicó un Libro Blanco titulado "Los hijos son lo primero". Contenia propuestas para la introducción de un nuevo sistema de evaluación y percepción del mantenimiento de los hijos y para el establecimiento de una nueva y eficaz Agencia de Ayuda al Hijo para Gran Bretaña, con otra Agencia equivalente en Irlanda del Norte. La Ley de Ayuda al Hijo llevo a efecto estas propuestas, que recibieron la Sanción Real el 25 de julio de 1991.

Los objetivos de estas propuestas eran:

-que, cuando sea posible, ambos padres asuman las responsabilidades jurídicas, morales y financieras por sus hijos;

- que los resultados del nuevo sistema sean coherentes;
- que el sistema sea justo para ambos padres, para el contribuyente y para todos los hijos, ya sean de una primera familia o de la siguiente;
- que el sistema sea eficiente y eficaz;
- que los pagos se revisen regularmente; y
- que se retengan y se mejoren los incentivos al trabajo.

Por lo que concierne a la asistencia para los padres solteros en diciembre de 1994, el secretario de Estado para la Seguridad Social anunció una subvención de un millón de libras para el Consejo Nacional para Familias de Padres Únicos (NCOPF), a fin de que se organizaran cursos para los padres solteros que desearan volver a trabajar.

La nueva iniciativa refuerza la política gubernamental de ayuda práctica a los padres solteros y a sus familias y permitirá al NCOPF dirigir cursos nacionales durante dos años.

Otros cambios en el sistema de prestaciones, que entro en vigor en abril de 1992, permite compaginar el trabajo con el horario de una jornada escolar.

A lo largo de la elaboración de éste capítulo se tuvo oportunidad de poder investigar varios modelos de seguridad social, básicamente europeos; y se puede constatar que en todos los casos el objetivo final de un modelo de seguridad social es proporcionar el mayor bienestar posible a su población, es decir, no sólo se habla de una atención médica, sino también de cubrir necesidades de alimentación, de mantener buena salud, de apoyar a madres y/o padres solteros con hijos, ayudar a los ancianos a ser productivos y mantener cierta independencia económica, educación, y un nivel económico satisfactorio en el mejor de los casos.

En resumen se puede decir que la seguridad social en países como los que en éste capítulo se analizaron, logran cubrir los objetivos primordiales que la seguridad social plantea; y no hay que olvidar que como Estado es inminente la necesidad de que el pueblo se encuentra en buenas condiciones para así poder gobernar sin levantamientos sociales, crisis económicas, etc.

A modo de conclusión de éste capítulo podemos poner de manifiesto que tanto en el caso analizado de Alemania, Gran Bretaña, España, Estados Unidos y Francia la realidad rebasa a la teoría, ya que las demandas sociales y la velocidad con la que las sociedades crecen y surgen nuevas necesidades, queda de manifiesto que la seguridad social es una especie de ente viviente que esta en constante desarrollo y pasando cada vez a un nivel mas de madurez, mas sin embargo nunca descansa en su tarea de cubrir las demandas de la sociedad, de

una sociedad moderna en la que tanto las enfermedades en algunas ocasiones resurgen y hay nuevos brotes o en su caso surgen enfermedades de las que anteriormente no se tenía antecedente alguno.

No hay que olvidar que la seguridad social no sólo consiste en la atención médica a todos los niveles y para todo ciudadano de un país, sino también tiene que ver la dignificación de la vivienda, la alimentación, la educación y proveer a los trabajadores y a sus familias las condiciones necesarias para poder desarrollarse como miembros de una nación. Pero en ocasiones la explosión demográfica es tal que los esquemas de seguridad social no llegan a ser suficientes y quedan obsoletos.

III CAPITULO

MODELO DE SEGURIDAD SOCIAL EN PAÍSES ESCANDINAVOS

INTRODUCCIÓN

A lo largo de este capítulo se analizarán los modelos de seguridad social de los países escandinavos; en algunos momentos la investigación de un país será de mayor extensión que la de otro y esto se debe a que por ejemplo en el caso de Islandia la información que logro recopilar fue escasa, pero se trato de destacar lo mas relevante. Cabe aclarar que se habla de modelo escandinavo ya que los cinco países que conforman éste grupo de países mantienen puntos de semejanza en cuanto a la seguridad social.

En los países escandinavos, la seguridad social comenzó con regimenes de lo que hoy se llama "asistencia social", financiados por el erario nacional y mediante cotizaciones de los afiliados, y por prestaciones cuyo monto se ajustaba según los recursos de que dispusieran los beneficiarios. Los ancianos fueron los primeros a quienes se protegió de esa manera, extendiéndose después la asistencia a los enfermos, los inválidos, los sobrevivientes y los desempleados. Por lo general, la protección dada por el Estado, por conducto de la asistencia social (que puede considerarse como una forma liberalizada de la legislación de beneficencia, con prestaciones sufragadas y administradas por el gobierno nacional) fue reemplazada al paso del tiempo por algún régimen contributivo de seguro social, si bien en algunos países, Australia y Nueva Zelandia, por ejemplo, se instauraron regimenes completos de seguridad social mediante la unificación de una serie de programas de asistencia social.¹³

En el curso de su historia los cinco países escandinavos Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia se han mantenido en estrecho contacto, constituyendo, en determinados periodos, un solo Estado. Dinamarca, Noruega e Islandia, durante siglos formaron parte del mismo Estado; igualmente Suecia y Finlandia constituyeron hasta 1808, un solo Estado. Noruega, que en último lugar se había reunido a Suecia, obtuvo el estatuto de estado independiente en 1905 y Finlandia, que había sido parte de Rusia, logró su independencia en 1917. Islandia se separó definitivamente de Dinamarca en 1944.¹⁴

¹³Hace mas de 100 años en Alemania el cañiller Otto Von Bismarck favorece la creación de la Ley del Seguro Social Obligatorio

¹⁴Capilla Bolaños José Antonio GUÍA PRACTICA DE LA SEGURIDAD SOCIAL. pp 18-19

Además de la semejanza de raza, su evolución histórica ha contribuido a crear en dichos países una organización social idéntica, fundada sobre una base común existe igualmente en materia de seguridad social.

Después de extenderse la reforma luterana a los países escandinavos, en el siglo XVII y de establecerse una colaboración estrecha entre la Iglesia y el Estado, la ayuda impartida por la sociedad a los pobres y a otras personas menesterosas les incumbía en gran medida. La colaboración de las comunidades religiosas locales con los organismos administrativos locales se vio facilitada en virtud de que su competencia se extendía, en general a todo el territorio. Los campesinos de los países escandinavos no han estado sometidos jamás a ninguna forma de esclavitud, ni tampoco los obreros, desde el siglo XVIII. Por esta razón, la autonomía local se ha desarrollado en un tiempo relativamente corto, ya en 1571 fue posible promulgar el reino de Suecia y de Finlandia, un decreto según el cual cada comunidad tenía la obligación de cuidar a los enfermos y crear para ellos hospitales. Las leyes de asistencia a los pobres, propiamente dichas se introdujeron en Dinamarca en 1803, en Noruega en 1845, en Suecia en 1847 y en Finlandia en 1852.

Se promulgaron leyes sobre indemnización de los accidentes de trabajo en Noruega en 1895, en Dinamarca en 1898, en Suecia en 1916 y en Islandia en 1925. Inicialmente el seguro se aplicaba únicamente a una parte de los trabajadores industriales, pero la legislación sobre esta materia se ha ampliado gradualmente hasta tal punto en el presente, el seguro contra accidentes protege en todos los países escandinavos, a la totalidad de las personas que ejercen una actividad remunerada y que encuentran el servicio de una tercera persona, incluyéndose además a los trabajadores intelectuales y a los funcionarios.

Los países escandinavos tienen sistemas administrativos diferentes en este aspecto. En Finlandia, Dinamarca y Suecia (parcialmente en este último país), las empresas privadas de seguro tratan de adjudicarse los sistemas obligatorios y gozan de libre competencia. Por lo contrario, en Noruega y Finlandia, dichos seguros se encuentran enteramente a cargo de las instituciones del Estado. También en Suecia existe una institución de este tipo, pero no tiene el monopolio del seguro. Los organismos locales están constituidos ya sea por representantes especiales o bien por organismos locales encargados igualmente de otras ramas del seguro social.

Con lo que respecta a la seguridad social contra los riesgos de larga duración de puede decir que desde hace ya mucho tiempo, en los países escandinavos se ha tratado de reemplazar el sistema de asistencia pública a las personas de edad avanzada y otras en situación de indigencia, que se consideraba como una forma de asistencia un poco humillante en algunos aspectos, por un sistema legal, que

tomara en primer lugar la forma de un seguro de vejez e invalidez. En Dinamarca desde 1891, se adoptó un sistema de pensiones para las personas de edad avanzada y, en esa fecha el Estado se comprometía a pagar con sus propios fondos pensiones determinadas a toda persona indigente de 65 años de edad (hombres) y 60 años (mujeres). En Suecia, el seguro nacional y obligatorio en caso de vejez y de incapacidad para el trabajo se encuentra en vigor desde 1913. Conforme a los términos de este seguro, toda persona de 67 años de edad recibe independientemente de sus ingresos, una pensión cuyo monto proviene en parte de las cotizaciones pagadas al seguro y, en parte de los fondos públicos, los que complementan el seguro financiado por cotizaciones pagadas por la persona interesada y su ingreso.¹⁵

La ley sueca fue revisada en 1946, de manera que la pensión fuera independiente de las cotizaciones del seguro que, de hecho constituyen un impuesto del seguro que asciende al 1% del ingreso.

En Noruega, en 1936, se promulgo una ley general sobre el seguro de vejez; con sus disposiciones garantiza una pensión a toda persona indigente de 70 años de edad.

El año siguiente, 1937, se introdujo en Finlandia un seguro general en caso de vejez e incapacidad para el trabajo aplicable a todos los ciudadanos adultos, entrando en vigor en 1939.

Por último la ley promulgada en Islandia en 1946 sobre seguridad social nacional, comprende igualmente el seguro en caso de vejez y de incapacidad para el trabajo.

En todos los países escandinavos, excepto Dinamarca, donde las pensiones se pagan completamente con cargo a los fondos del estado, los asegurados pagan pensiones de seguro que, en Suecia y Noruega, tienen más bien el carácter de impuestos. Este impuesto, gravado sobre los ingresos, es igual al 1% en Suecia y al 2% en Noruega. En Finlandia la cotización es igual al 2%, pagando la mitad el trabajador y la otra mitad el empleador. Se ha calculado que la protección por concepto de vejez e incapacidad para el trabajo se efectúa mediante los fondos públicos, en un 90% en Suecia y un 70% en Finlandia. En Noruega, las cajas de seguro interesadas toman a su cargo un 60% de los gastos, el Estado un 22% y la comunidad un 12%.

En todos los escandinavos existe un organismo central para el seguro de vejez e incapacidad para el trabajo, que de hecho, está encargado de la administración

¹⁵Capilla Bolaños, José Antonio GUÍA PRÁCTICA DE LA SEGURIDAD SOCIAL pp.67.

del seguro y del establecimiento de los ficheros necesarios. Este organismo central se encuentra representado en las diferentes localidades por representante individuales o por comisiones locales.

Se vigila cuidadosamente el estado de salud de los niños, sobre todo en las escuelas, donde reciben atención médica gratuita incluyendo servicios de odontología, reciben igualmente en la escuela comida por cuenta del Estado o de los municipios.

En Escandinavia se brinda gran importancia a las posibilidades de organizar vacaciones y recreaciones durante el verano para las madres e hijos. Con esto trabajan conjuntamente organizaciones voluntarias con la ayuda del Estado y de las familias también.

La política demográfica comprende además créditos para la fundación de hogares destinados para la fundación de hogares detonados a facilitar el establecimiento del hogar familiar para las personas jóvenes casas de asistencia especial para las personas de edad avanzada. Los sistemas de crédito varían ligeramente de un país a otro, pero en general, los jóvenes que cuentan con escasos recursos económicos pueden procurarse gracias a este sistema, los fondos necesarios para comprar muebles y utensilios o lo que sea necesario. Los créditos se conceden ya sea sin intereses o con muy bajos intereses. En Finlandia, una parte determinada del crédito se amortiza al nacimiento del tercer hijo y, al nacimiento del quinto hijo se considera como reembolsado todo el préstamo.

A modo de antecedentes de la seguridad social en el contexto internacional, se puede decir que el establecimiento de los seguros sociales son el resultado de la intervención del estado para garantizar su obligatoriedad. La estructura social de tales instituciones es parte de la política gubernamental para proteger al trabajador contra contingencias.

Los antecedentes formales de la seguridad social se remontan al medioevo, cuando los gremios manufactureros instituyeron los euros primitivos, por llamarlos de algún modo, las cofradías, los montepios y las cajas de ahorro con la finalidad de satisfacer necesidades básicas individuales. Años más tarde, la revolución industrial convierte la fuerza del trabajo en un insumo más de la producción sin promover un mínimo de seguridad y bienestar para sus trabajadores.

La inconformidad de los grupos obreros dentro de las sociedades industriales y las teorías revolucionarias o reformistas que los invitaban a combatir la explotación de que eran víctimas, se hacen patentes desde mediados del siglo

XIX frente a la inquietud y a los intentos de sublevación de las clases laborales las grandes naciones de aquel tiempo reaccionaron primero prohibiendo agremiarse, reprimiendo la acción política de los trabajadores y posteriormente, promulgando las primeras leyes modernas de protección al trabajo humano.¹⁶

1. SUECIA

Para el análisis del caso de Suecia empezaremos a hablar un poco del gobierno de centro-derecha que entró en funciones en 1991, y prometió una "revolución en la libertad de elección" en la seguridad social. A principios de 1992, los 286 Ayuntamientos de Suecia se hicieron cargo de los servicios de asistencia médica domiciliaria y en general de la atención médica, es decir, se dio una descentralización no sólo del servicio y de la seguridad social misma sino que se le otorgó a cada Ayuntamiento la autonomía en esta materia.

Los sistemas de seguridad social gestionados por el sector público, están en un proceso de transformación. Los principios rectores de las reformas son la competencia, la calidad y la libertad de elección. El sistema de asistencia a la tercera edad aspira a dar independencia en la vivienda y se basa en gran medida en los servicios de asistencia social domiciliaria. Se están desmantelando las grandes instituciones, desarrollándose arreglos en pequeña escala como las viviendas de grupo. También se crean alternativas y complementos a los sistemas vigentes, como la coordinación de los servicios a personas mayores residentes, por parte de Ayuntamientos y empresas de vivienda.¹⁷

Los sistemas rígidos y excesivamente regulados, gestionados públicamente, son atacados desde distintos sectores, para lograr así su optimización y un buen funcionamiento del sistema integral de seguridad social.

Suecia hizo que su revolución industrial fuera seguida por una "revolución en el sector público" igual de rápida y profunda. La provisión de asistencia infantil y a la tercera edad bajo auspicios públicos contribuyó a que la mujer pudiera incorporarse al mercado de trabajo. Pero al igual que todos los sistemas de seguridad social, también se generan problemas propios. Los beneficiarios tienen solamente una libertad limitada de elección; los costos se han disparado; los sistemas de funcionamiento se han vuelto rígidos, y la burocracia ha proliferado.

¹⁶ Morones Prieto, Ignacio. TESIS MEXICANAS DE SEGURIDAD SOCIAL. pp 11-12.

¹⁷ Swedish Government Official Report 1995: PRIORITIES IN HEALTH CARE ETHICS, IMPLEMENTATION. pp 67-68.

El exceso de regulación hace más difícil los servicios de asistencia social domiciliaria a las distintas necesidades individuales.

El gobierno y los partidos políticos han puesto muy en claro que los recursos se están agotando. La gente quiere reformas que permitan una mayor libertad de elección en los servicios públicos. Se están estableciendo fuentes opcionales de asistencia, la competencia va en aumento, y la regulación detallada está dando paso a la dirección por objetivos. También están en desarrollo métodos que permitan a las autoridades responder mejor a diversas necesidades individuales. El modelo sueco no ha sido abolido, sino que se está atacando y reformando desde dentro los problemas que se han generado.

Recientemente se ha constituido una asociación nacional con el nombre de "Envejecer es Crecer". Entre sus fundadores se cuentan no sólo las organizaciones de jubilados, sino también diversas iglesias, organizaciones patronales y sindicales. Su objetivo consiste en posibilitar a las personas mayores a que aprovechen sus recursos. El ser humano tiene una necesidad fundamental de hacer cosas que le hagan sentirse más satisfecho de si mismo. El amor propio está relacionado con actividades plenas de sentido, y la falta de esas actividades puede conducir a problemas psicológicos. La soledad puede tener un efecto similar.

Las metas son formuladas de común acuerdo con cada beneficiario, y la experiencia indicada que esos servicios hechos dan medida individual no sólo ayudan a las personas mayores a sentirse mejor, sino que abaratan los programas de asistencia a la tercera edad.

Hasta hace poco, casi toda la asistencia infantil y a la tercera edad de Suecia estuvo organizada en grandes sistemas, gestionados bajo auspicios de las administraciones locales y financiados principalmente con impuestos. Esos sistemas incrementaron la carga fiscal y limitaron la libertad individual de elección, pero dieron acceso a ayuda práctica a personas de edad avanzada y posibilitaron la incorporación de la mujer al mercado de trabajo.

En principio, hay tres formas de adaptar el contenido de esos programas de seguridad social a las necesidades de los beneficiarios, al tiempo que se crean alternativas que permitan una mayor libertad de elección:

A) Privatizar los programas. Una comisión sobre privatizaciones, nombrada por el gobierno, ha declarado que casi todas las actividades del sector público son susceptibles de ser privatizadas. Hay dos objetivos; un consiste en generar competencia para reducir costos, y otro en probar si es posible aumentar la calidad de los programas desarrollando métodos nuevos.

B) Incrementar la influencia de los beneficiarios. La línea de fondo es su deseo de adaptar a las necesidades propias los servicios prestados por los programas de seguridad social.

C) Reformar el sistema vigente de asistencia a la tercera edad prestada por el sector público.¹⁸

Las empresas locales de viviendas ofrecieron a sus inquilinos una gama de servicios, como limpiar ventanas, hacer limpieza de la casa, hacer las compras, y otros quehaceres hogareños como colgar cortinas, cuadros, etc. Las citadas empresas ofrecieron esos servicios, prestados por su propio personal de mantenimiento y consejería, fueron utilizados casi exclusivamente por personas mayores y minusválidos.

De esa forma, las empresas de vivienda crearon una alternativa a los servicios municipales de asistencia social domiciliaria, ofreciendo así una mayor libertad de elección. Algunos ayuntamientos introdujeron "vales de servicios". Las personas con derecho a ayuda municipal podían pedir servicios de un proveedor de elección propia. En algunos municipios, los servicios de asistencia social domiciliaria firmaron contratos con empresas de viviendas, que realizaran trabajos para personas privadas que necesitaran ayuda, siendo compensadas por ello las empresas por los citados servicios municipales.

El sistema actual de la seguridad social comprende los seguros de enfermedad, dental, familiar, pensión básica, parcial y suplementaria, todos los cuales quedan bajo la Ley General de Seguridad Social, así como el seguro obligatorio contra accidentes de trabajo y el voluntario de desempleo.

Los ciudadanos de otros países también pueden estar amparados por la Ley General de la Seguridad Social, si su país de origen ha firmado un acuerdo con Suecia. Dichos acuerdos colocan a esos extranjeros en igualdad con los ciudadanos suecos durante su permanencia en Suecia, aún cuando no estén domiciliados ahí.

En la actualidad existen convenios entre Suecia y los siguientes países: Argelia, Australia, Austria, Canadá, Dinamarca, España, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Gran Bretaña, Grecia, Hungría, Irlanda del Norte, Islandia, Israel, Italia, Marruecos, Noruega, Países Bajos, Portugal, Alemania, Suiza, Turquía y Yugoslavia.¹⁹

¹⁸Svenska Institutet. ACTUALIDADES DE SUECIA pp 33

¹⁹El sistema general de seguridad social es financiado con subvenciones estatales, impuestos patronales y de los trabajadores por cuenta propia, y, en el caso del seguro de desempleo, con las cuotas de los propios beneficiarios.

El seguro familiar da derecho a una compensación del 90% de los ingresos brutos durante 360 días. Luego sigue otro período de 90 días en los que se percibe únicamente una cantidad mínima garantizada.

Si la capacidad laboral normal de una mujer embarazada queda reducida debido al embarazo y no se le pueden asignar tareas laborales adecuadas a su estado, entonces puede obtener un subsidio de embarazo, equivalente al subsidio familiar, durante un máximo de 50 días antes de la fecha calculada para el parto.

Este seguro familiar rige también para padres adoptivos y personas encargadas del cuidado y educación de niños que no son hijos propios. Los padres adoptivos tienen derecho a esa prestación cuando adoptan niños menores de 10 de edad.²⁰

La Suecia actual se caracteriza por un alto nivel de vida medio y por un sistema bien desarrollado de seguridad social, pero al mismo tiempo por una caída en ciertos sectores de la industria y del comercio, lo que ha conducido a reestructuraciones muy importantes.

La formulación de la política de seguridad social sueca está cambiando con los procesos producidos en Europa. El concepto de "neutralidad" no parece ya adecuado como descripción global de esa política. Al mismo tiempo, Suecia sigue sin ser miembro de ninguna alianza militar, asumiendo aún la responsabilidad de defender y proteger de forma independiente su extenso territorio. Mayor importancia se concede a una identidad europea en política exterior, manifestada no sólo por su solicitud de adhesión a la Comunidad Europea, sino también por lo esfuerzos realizados para desarrollar contactos con las nuevas democracias que están surgiendo en la Europa central y oriental.

Suecia participa también de forma activa en la cooperación internacional. El fuerte apoyo a las Naciones Unidas es una de las piedras angulares de su política exterior. Otros elementos básicos son el fomento de los derechos humanos, el desarme internacional y la mejoría del medio ambiente.

En un esfuerzo por disminuir el gasto público, el gobierno redujo las prestaciones de enfermedad a partir del 1 de marzo de 1991. La tasa de prestaciones fue reducida del 90 al 65% para los tres primeros días de cada período de enfermedad. Desde el día 4 hasta el día 90, la tasa fue reducida del 90 al 80%, pero con el pago por parte del empleador del 10%, como compensación por pérdida de los ingresos hasta el día 90, a partir del día 91, el nivel de la

²⁰Además, el padre tiene derecho a 10 días de permiso con el subsidio del seguro familiar con motivo del nacimiento de un hijo, incluso si la madre está percibiendo ese mismo subsidio en igualdad de fechas y por el mismo hijo.

prestación de enfermedad volvía a ser el de antes, 90% pero sin el pago del complemento por parte del empleador.

Otras de las otras modificaciones importantes entraron en vigor el 1 de enero de 1992. En la actualidad, los empleadores conceden el pago por enfermedad durante los 14 primeros días de cada enfermedad con una compensación por pérdida de los ingresos del 75% durante los tres primeros días y del 90% posteriormente. A partir del día 15, el Servicio del Seguro Social asume la responsabilidad de la compensación y otorga una asignación por enfermedad del 80% hasta el día 90 de la enfermedad, inclusive, y el 90% posteriormente. Como antes, el empleador complementa en condiciones normales esta compensación con el 10% hasta el día 90.

Las mejoras de las oportunidades de rehabilitación, como consecuencia del informe de la Comisión Gubernamental dado a conocer en el otoño de 1988, se presentaron algunas iniciativas relativas a las responsabilidades de los empleadores en la rehabilitación. En julio de 1990, se otorgaron a las oficinas del Seguro Social los recursos financieros para la compra de los servicios de rehabilitación profesional. Anteriormente, estas habían tenido acceso a algunos servicios de orientación profesional, pero solo en el sentido de posibilitar la derivación de las personas afectadas al Servicio de Empleo.

El esquema de seguridad social de Suecia nos es muy ilustrativo en cuanto al resto de los países que conforman este grupo llamado: países escandinavos. Los suecos cuentan con un modelo que ha ido evolucionando al paso de los años dejando en claro la inminente necesidad y prioridad que tienen los niños, los ancianos y los minusválidos, sin dejar atrás a las madres y padres que trabajan, dentro de este modelo los padres tienen derecho por ley a ausentarse de su trabajo para cuidar a un hijo enfermo y las ayudas del Estado después del primer hijo nos considerables, ya que tanto Suecia como los otros cuatro países escandinavos son países con un muy bajo número de natalidad ya que hay un fenómeno de infertilidad alto por un lado, y por otro lado las mujeres no se interesan mucho en tener hijos; y el tema de la infertilidad no lo tocamos en este trabajo de investigación ya que no es nuestro objetivo hacerlo.

2. NORUEGA

En Noruega las normas que rigen la seguridad social son muy benévolas y se han ido adaptando a las demandas de la sociedad y de los trabajadores. No hay que olvidar que en esta parte del mundo (países escandinavos) las condiciones

climáticas y geográficas crean condiciones muy peculiares de la región por lo que es de cierta manera fácil delimitar lo que es la región de los escandinavos.

Los acuerdos en materia de seguridad social con otros países han pasado a adquirirse, una importancia cada vez mayor en la garantía de los derechos de pensión, de atención médica, de servicios de asistencia a domicilio como lo es el caso de los ancianos, etc.

Las pensiones para las personas que se dedican a cuidar a familias: el 1 de enero de 1992 entró en vigor una nueva disposición que garantiza una pensión complementaria a las personas que deciden no tomar un empleo remunerado para quedarse en el hogar cuidando a sus hijos o a un familiar anciano, enfermo o inválido.

A partir del 1 de enero de 1992, se reducirá la pensión en un 50% de las futuras ganancias que excedan de la cuantía base. No se tendrán en cuenta los suplementos por cónyuge o hijos.

Los beneficiarios de una pensión de invalidez, nacidos después de 1944, que se vuelvan (o se hayan vuelto) inválidos antes de cumplir los 22 años (en 1992 aumento la edad de 22 a 24 años) tendrán derecho a una pensión mínima de invalidez, que se ha incrementado en un 10% en 1991. La pensión complementaria para los pensionistas nacidos entre 1925 y 1944, se aumentó, es decir, un incremento del 10.6%. Las prestaciones que cubren los gastos suplementarios y la asistencia necesaria para las personas incapacitadas se aumentó en un 4% a partir del 1 de enero de 1992. En la misma fecha, se establecieron nuevas reglas que quieren un examen más completo de las solicitudes de prestaciones de pensiones de invalidez.

La prestación de asistencia, pagadera para cubrir el costo de la ayuda a domicilio a las personas incapacitadas, ya no se pagará con respecto a las solicitudes efectuadas después del 1 de enero de 1992, puesto que las municipalidades se encargarán de este servicio.

Además, el comité nombrado para investigar las causas del aumento considerable del número de pensionistas de invalidez, presentó su informe en el que recomendaba las medidas que han de tomarse con respecto al procedimiento para diagnosticar y determinar los casos. El gobierno tiene la intención de publicar un informe oficial en 1992, sobre las conclusiones de este comité, juntos con las del comité nombrado para evaluar el régimen de prestaciones de enfermedad en dinero, así como un debate sobre el aumento de las oportunidades de empleo para las personas incapacitadas.

El 1 de enero de 1992 se hicieron efectivas varias modificaciones del método de cálculo de las pensiones. El importe del ingreso que se toma en cuenta se ha reducido de 8 a 6 veces el importe base. Un tercio del ingreso entre 6 y 12 veces el importe base se acredita para los fines del cálculo complementaria se redujo del 45 al 42% de los ingresos.

A las personas que cuidan sin remuneración a niños pequeños (menores de 7 años) o a personas ancianas o enfermas, se les acreditará a un punto mas para la pensión.

Además, se introdujeron nuevas reglas para el examen de los ingresos con relación al suplemento para padre, madre o sostén único, y para las prestaciones de vejez destinadas a los pensionados entre 67 y 70 años de edad.

Se han establecido varias medidas a fin de lograr algunas economías dentro del seguro de enfermedad, incluido el establecimiento de proyectos piloto para examinar la manera de mejorar la eficacia del programa de asistencia médica.

El 1 de abril de 1991 entraron en vigor unas nuevas reglas relativas a la prescripción de medicamentos. Según la legislación anterior, un médico podía recetar un medicamento adecuado de cualquier marca, sin tener en cuenta su costo. En vista del aumento de los precios y del consiguiente incremento de los gastos del seguro nacional de enfermedad, se introdujo una enmienda estipulado que los médicos tenían que recetar el medicamento adecuado que tuviera el precio más razonable. Este requisito puede suspenderse en circunstancias especiales.

Un nuevo cambio en mayo de 1991 estableció la igualdad de derechos de todos los asegurados con respecto a la asistencia médica, independientemente de que habiten en Noruega o en el extranjero. Anteriormente, ciertas categorías de personas aseguradas tienen obligación de cotizar para su asistencia médica.

Existen proyectos piloto, que desde 1992 se están llevando a cabo a fin de estudiar la manera de reducir los costos crecientes de la asistencia médica.

Uno de ellos trata de la financiación de los hospitales. Según la legislación actual, las municipalidades reciben subsidios del gobierno para el funcionamiento de los hospitales. Bajo el régimen experimental, que se aplica a cuatro hospitales durante un período de dos años, los gastos están parcialmente sufragados por el Régimen Nacional del Seguro, sobre la base de costos por paciente, según el diagnóstico. Los subsidios del gobierno cubrirán el 60% del costo por paciente tratado en hospitales. Los hospitales psiquiátricos no participan en este proyecto.

Se está realizando otro proyecto destinado a examinar el excesivo consumo de ciertos medicamentos considerados vitales para el tratamiento de los pacientes (gastos que están ahora totalmente cubiertos por el Régimen Nacional del Seguro). También se estudiará la supervisión de los tipos de tratamiento médico que siguen los pacientes generalmente. Si la Administración Nacional de Seguro adopta sistemas informáticos para la supervisión del tratamiento y de los gastos, recibirá una información real sobre la manera en que los médicos cumplen las reglas de la Ley Nacional del Seguro, y por lo tanto, se podrá dar directrices útiles.

Otro proyecto trata de la restricción del derecho de los pacientes a escoger sus médicos. Según la legislación actual, los pacientes tienen libertad de consultar a cualquier médico. Según la legislación en proyecto, se asignarán los pacientes a internistas específicos. Esta medida tiene como objeto establecer una relación más personal entre los pacientes y los médicos, y por consiguiente crear un servicio médico más adaptado a cada paciente. Los médicos podrán cooperar también con otro personal de servicios sanitarios y de asistencia social.

Otro objetivo es lograr que la Administración Nacional del Seguro adquiera experiencia en otros métodos de financiación de los servicios médicos. Cuatro municipalidades seleccionadas participan en el proyecto, que terminó en enero de 1995.

Las prestaciones para los padres se han prolongado progresiva y considerablemente durante los últimos tres años. El permiso de maternidad con sueldo (100% del ingreso anterior), se extendió de 24 a 28 semanas en 1990, a 30 semanas en 1991 y a 33 semanas en 1992. También se aumentó el número de semanas de este permiso que puede tomar el padre, que pasó a 22 semanas en 1990, 24 semanas en 1991 y 27 semanas en 1992. Así mismo, los padres pueden prolongar este periodo de pago hasta 42 semanas (hasta 35 semanas en 1990 y 38 semanas en 1991) percibiendo en ese caso un pago del 80% de sus ingresos. Las madres también tienen derecho ahora a dos semanas más de permiso con sueldo antes de la fecha del parto. La suma a tanto alzado de la prestación de maternidad para las madres que no están empleadas se aumentó en 1992. También puede obtenerse un permiso en caso de adopción, pero para periodos de tiempo más cortos.

Además, se pagará la prestación de enfermedad a los empleados que cuidan a niños incapacitados o enfermos crónicos menores de 16 años, así como a los empleados que cuidan a parientes cercanos que se encuentran en la fase final de una enfermedad. Se introdujo un permiso de 260 días para los padres cuyos hijos sufren una grave y fatal enfermedad.

La ley No.63 del 16 de junio de 1989, instituyo a partir del 1 de enero de 1990 un régimen general de seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Todas las víctimas de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales tendrán derecho a una indemnización sin necesidad de probar como antes que hubo negligencia de parte del empleador.

Toda persona empleada goza de esta protección, prescindiendo del tipo o tamaño de la empresa para la que trabaja y de las personas físicas o morales a quienes incumba la responsabilidad.

Los pensionados y los desempleados en los casos de lesiones y enfermedades profesionales comprobados después de su entrada en vigencia. Los comprobados antes de enero de 1990 seguirán rigiéndose por la legislación previa. En cambio, los comprobados después de enero de 1990 serán indemnizados, cualquiera que sea la fecha de su acaecimiento.

Esta ley es muy importante, porque se aplica en particular a las enfermedades causadas por prolongadas exposiciones a sustancias tóxicas. Antes, quien debía aportar la prueba de negligencia del empleador era el trabajador y no siempre era fácil hacerlo. Por otro lado, existía la posibilidad de que el trabajador estuviese expuesto a estas sustancias antes de que su nocividad fuese conocida, en cuyo caso no podía existir negligencia de parte del empleador ni por consiguiente, una indemnización en todas las circunstancias.

Las únicas excepciones previas son las enfermedades y afecciones que no se consideran de origen profesional.

El empleador que no se asegure, como debe hacerlo, en ocasiones puede ser sujeto a un proceso que puede llegar a ser legal. No obstante, esa negligencia no afecta al trabajador puesto que la ley declara a las compañías de seguros solidariamente responsables de toda lesión o enfermedad de origen profesional sobrevenida en el curso de una prestación de servicios a un empleador no asegurado. A su vez, las compañías de seguros pueden exigir a ese empleador el reembolso de la indemnización. Esto significa que, además de un posible procesamiento, el empleador no asegurado corre el riesgo de tener que restituir una suma considerable.

Los subsidios en dinero efectivo no pueden pagarse a una persona desempleada durante más de 80 semanas. Los cambios introducidos durante 1991 especifican que cuando se haya pagado el subsidio durante un total de 80 semanas, este no

podrá pagarse de nuevo hasta, por lo menos, 13 semanas después del último día en que se pago el subsidio anterior. Según la legislación anterior, no se pagaba el subsidio de nuevo hasta, por lo menos 26 semanas después del último día en que se pago el subsidio anterior

Se introdujeron estos cambios ante el incremento del número de personas desempleadas durante largo tiempo.

Se presentaron varias propuestas destinadas a mejorar la seguridad social, incluyendo nuevas reglas para las personas que trabajan a domicilio y para las prestaciones no contributivas, integración de los ejecutivos en los regímenes de los empleadores y una reforma completa del régimen de seguridad social para los trabajadores por cuenta propia.

Todos los cambios a los que se ha hecho mención tal vez parezcan solamente descriptivos, pero en realidad nos hablan del énfasis que se le da a la actualización del modelo de seguridad social para reaccionar con eficacia a lo que los trabajadores y sus familias demandan al Estado, que no hay que olvidar que es el Estado quien finalmente arbitra las medidas de protección y prevención que hay entre las otras dos partes del esquema, que son los trabajadores y los patrones, cada uno de ellos haciendo las aportaciones que le corresponden y cumpliendo con la parte que les corresponde.

3. DINAMARCA

Para el caso de Dinamarca se pueden captar dos etapas en la evolución del seguro de enfermedad. La primera, hasta 1973, que consistió básicamente en la estructura de numerosas cajas de enfermedad (alrededor de 1,000) que posteriormente fueron coordinadas por una Confederación Nacional de Cajas que otorgaban prestaciones médicas a los residentes (mayores de 16 años) clasificados según sus ingresos como medios activos o pasivos (existían entre ambos grupos diferencias en las prestaciones) y el financiamiento se realizaba por las cotizaciones de ambos y una subvención oficial especialmente mayor para las personas de menores ingresos. En la segunda etapa, originada por la Ley de 1971, se modificó el sistema en su estructura ya que la protección se extendió a todos los residentes pero como el 96% ya eran miembros activos del régimen desde antes de abril de 1973, los efectos de esta ampliación han sido poco importantes.

Hubo un proceso de reducción gradual de estas Cajas hasta quedar finalmente organizadas en instituciones de los 14 condados y por su intermedio de 275

comunas. La supervisión general está a cargo del Seguro Público de Enfermedad y éste a su vez depende del Ministerio de Asuntos Sociales.²¹

Otro aspecto de gran interés en esta reforma es que al suprimirse las cajas se eliminaron las cotizaciones y la asistencia médica se financia actualmente por medio de impuestos de los condados, comunas y subvenciones especiales del gobierno central.

En el caso danés, como ya se mencionó, aunque a través de las diversas Cajas se había protegido a un número considerable de la población del país, es al modificarse la estructura del sistema en sus aspectos financieros cuando se logra la cobertura total de la población por las prestaciones médicas.

Las personas entre 60 y 66 años de edad que hayan sido miembros de una caja de desempleo durante varios años y que tengan derecho al subsidio de desempleo pueden solicitar la pensión de jubilación anticipada si abandonan la vida activa, ya sea por el cese del trabajo o por desempleo. La cuantía de la pensión equivalente a la del subsidio de desempleo. Al llegar a los 67 años, se trasladará a la pensión de vejez.

La nueva legislación, introducida el 27 de diciembre de 1991, especifica que las personas tienen que haber sido miembros de una caja de desempleo durante 20 de los 25 últimos años. La legislación anterior exigía 10 de los 15 últimos años.

Como medida transitoria, las personas desempleadas durante mucho tiempo, y que tengan entre 55 y 59 años de edad, pueden solicitar ahora un pago intermedio hasta que cumplan 60 años, cuando tengan derecho a la jubilación anticipada.

Las personas que cobran la jubilación anticipada y que sientan haberse jubilado, pueden bajo la nueva legislación, volver a trabajar y cobrar la pensión de jubilación anticipada mas tarde.

En abril de 1990 entró en vigor una nueva ley que simplifica el subsidio diario de enfermedad en dinero (que cubre también la ausencia del trabajo debido al embarazo, parto y adopción), pagadero por el empleador durante las 2 primeras semanas de ausencia, y después por las autoridades locales (los empleadores del sector público continúan pagando el subsidio mientras el beneficiario siga estando empleado). Este pago esta condicionado al cumplimiento de 120 horas de empleo en el curso de las 13 semanas precedentes.

²¹Palmero, Olga y otros. FINANCIAMIENTO Y EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO pp 35.

La ley prevé un subsidio diario en dinero (que no esta sujeto al examen de los medios económicos), para las personas que están en periodo de readaptación con miras a tomar un empleo en la industria libre. Esta ley simplifica también los tramites de las apelaciones. Otra ley, de fecha 26 de abril de 1990, introdujo una mayor flexibilidad en las reglas que rigen el permiso para el padre.

En mayo de 1992 la Ley de Seguro contra las Consecuencias de las Lesiones Profesionales, emendó el regimen de accidentes del trabajo. La nueva ley aclara varios puntos relativos a la cobertura, las prestaciones y los trámites de apelación y da una base legislativa a lo que era una práctica corriente en cuanto a las condiciones y a la compensación por enfermedades anteriores.

También define de nuevo la noción de enfermedad profesional, alarga la lista de enfermedades y simplifica las reglas para determinar la fecha de las enfermedades profesionales. También se introdujeron nuevas reglas para reconocer que el accidente esta relacionado con el trabajo aso como el pago de la indemnización.

El Parlamento aprobó una serie de medidas encaminadas a reducir el periodo de tiempo durante el cual las personas se encuentran sin empleo antes de que se les ofrezcan soluciones tales como cursos de formación o trabajos subvencionados por el Estado. Una de estas medidas exige que se ofrezca a las personas sin empleo, menores de 25 años, 5 meses de empleo activo en servicios de la municipalidad local, al cabo de 2 semanas de haber solicitado la prestación de desempleo. Si vuelven a quedarse sin empleo, se les deberá ofrecer otro, subvencionado por el Estado, en un plazo de 3 meses. Si lo rechazan, perderán el derecho a la prestación.

Otra medida requiere que se ofrezca a otras personas sin empleo un trabajo en el sector publico apoyado por el regimen del seguro de desempleo: por un salario equivalente a la prestación de desempleo y trabajaran 30 horas por semana.

Una tercera medida estableció un salario preliminar para los trabajadores entre 18 y 22 años de edad, que es inferior al salario minimo fijado por la mayoría de los acuerdos colectivos

Estas medidas representan la primera etapa de una reforma importante del sistema voluntario de desempleo de Dinamarca, reforma con la que se intenta reducir el cometido del Estado y convertir el papel pasivo de las personas sin empleo en uno más activo. Algunas otras propuestas que ese están discutiendo deberán disminuir el costo a cargo del Estado, de dos tercios a un tercio, mediante la introducción de una cotización social obligatoria.

Así mismo, se revisará la duración de las prestaciones de desempleo, que actualmente pueden alargarse hasta casi 9 años, a través de un ciclo de prestación de desempleo y de cursos de formación de poca duración.

La ley de 1989 sobre Asignaciones Familiares Generales introdujo dos nuevas prestaciones: una asignación familiar pagadera en caso de parto múltiple y una asignación de adopción.

La asignación por parto múltiple es pagadera a partir del 1 de abril de 1990. La asignación por adopción consiste en una suma considerable que se paga a los padres que adoptan uno o mas hijos que no sean naturales de Dinamarca.

Además, la ley aumento la cuantía de las asignaciones familiares pagadas por hijos menores de 4 años y estableció una cuantía inferior para los hijos entre las edades de 4 y 18 años.

Las políticas de seguridad social que el modelo de Dinamarca ha adoptado son similares a las de Suecia y Noruega por lo tanto es difícil establecer diferencias, mas sin embargo es fácil hablar de similitudes. Los daneses han tenido que sufrir un poco mas las inclemencias del tiempo, ya que se encuentran mas al norte que las otras naciones escandinavas, pero a pesar de las inclemencias climáticas que no hay que olvidar, Dinamarca mantiene un intenso movimiento de embarcaciones y de comercio de productos provenientes del mar y han desarrollado una nación en medio de largos inviernos. Y esto también nos hace notar una factor por el cual la seguridad social logra ir mas o menos a la par de la realidad, y es que, a tan bajas temperaturas las epidemias que conocemos y sufrimos los países cálidos y con problemas demográficos no tienen punto de comparación con los países escandinavos que claro tienen problemas de otra índole; pero lo que quiero hacer resaltar es que a tan bajas temperaturas son pocos los virus y bacterias que logran desarrollarse por consiguiente las enfermedades no se convierten en epidemias, que tampoco azotan a la población en la medida en que las epidemias lo hacen en países en países más cálidos, ya que el número de pobladores no es el mismo y eso facilita a la seguridad social cumplir su cometido.

4. ISLANDIA

Para Islandia no ha sido fácil mantenerse en medio de ese frío mar del norte, sin embargo, la población escasa -escasa para los millones de los que estamos acostumbrados a escuchar hablar- es productiva y ha logrado mantener a esta

nación en el ámbito internacional como un país capaz de sobrellevar sus necesidades y demandas. Pero es tan poca la población que nos es difícil dedicarle mucho espacio a este país.

A continuación se presentan las reformas más significativas que Islandia ha llevado a cabo para mantener su sistema de seguridad social vigente: a partir del 1 de febrero de 1992, las pensiones básicas de vejez y de invalidez, son pagaderas con arreglo al ingreso anterior. Antes, el derecho a percibir una pensión básica se fundaba solamente en que se residiera en Islandia entre los 16 y los 67 años de edad. La nueva Ley (No. 1/1992) se aplica a todos los jubilados existentes y también a los nuevos solicitantes. Son 3,000 aproximadamente, los jubilados que han visto su pensión reducida o discontinuada.

Antes del 1 de enero de 1990, el costo del seguro de salud era compartido entre el Tesoro Público (85%) y los gobiernos locales (15%). En virtud de la Ley No. 87/1989, el costo es actualmente sufragado en su totalidad por el Tesoro Público.

La duración del permiso de maternidad se extendió de 5 a 6 meses a partir de junio de 1990.

Este esquema de seguridad social da una gran importancia al cuidado y unificación del núcleo familiar, es decir el Estado aporta el apoyo necesario para que las madres puedan criar a sus hijos de la mejor de las maneras.

En comparación con Suecia, Noruega y Dinamarca, Islandia es un país pequeño pero que ha adoptado medidas y políticas que guardan una gran similitud con el resto de los países de la península escandinava.

5. FINLANDIA

Finlandia cuenta con una extensión de territorio un poco más variable y menos castigada por las largas nevadas de esa parte del mundo.

De las últimas y sobresalientes adaptaciones que ha tenido este país para su sistema de seguridad social están: la de el 1 de julio de 1990 se extendió a los viudos la pensión para las viudas. Al igual que antes, la pensión es pagadera solamente a las personas menores de 65 años y que no perciben una pensión de invalidez o desempleo bajo la Ley Nacional de Pensiones. Si el viudo o la viuda y el cónyuge fallecido tenían un hijo juntos, se tiene derecho a la pensión, a condición de que el matrimonio se haya celebrado antes de que la persona fallecida tuviera 65 años de edad. En el caso de que no haya hijos, se

tendrá derecho, primero, si la viuda o el viudo tenían 50 años de edad cuando contrajeron matrimonio, y segundo, si al persona fallecida era menor de 65 años en el momento del matrimonio y este había durado por lo menos 5 años. Las viudas (pero no los viudos) que, en el momento en que se introdujo la nueva ley, habían alcanzado la edad de 40 años están sujetas a una cláusula de transición en la que se aplican unos criterios menos severos para el pago de la pensión.

Según las nuevas disposiciones, no se suspende el pago de la pensión si la viuda o el viudo contraen de nuevo matrimonio después de los 50 años de edad. Al igual que antes, aquellos que no tienen hijos y vuelvan a casarse antes de cumplir 50 años, dejan de percibir la pensión. En estos casos, la persona tiene derecho al pago de una suma global equivalente al pago de 3 años de pensión. Si el nuevo matrimonio termina en los 5 años siguientes, vuelve a recuperarse el derecho a la pensión.

Esta pensión es ahora pagadera a los hijos de la persona fallecida, hasta la edad de 18 años (menos de 16 según la antigua ley) o entre 18 y 20 años, si continúan sus estudios, a condición de que no perciban una pensión de invalidez, bajo la Ley Nacional de Pensiones. En la mayoría de los casos, la pensión de orfandad se paga por el fallecimiento de uno de los padres (pensión de medio-huérfano). En el caso de que hayan fallecido los dos, se pagan dos pensiones distintas (pensión de huérfanos). Estas pensiones pueden pagarse con tasas diferentes, según los criterios bajo los que se han concedido.

La reforma tenía por objeto lograr que las prestaciones correspondan a la pérdida de ingresos con mayor equidad que antes. También se enmendó la legislación relativa a las pensiones de empleo, así como la referente a las pensiones nacionales de sobrevivientes.

En septiembre de 1991, entraron en vigor unos cambios importantes en el subsidio de vivienda para pensionistas. La principal razón de estos cambios era compensar el aumento del costo de la vivienda.

Según la enmienda introducida en los reglamentos sobre la racionalización en la pensión de vejez, el suplemento por esposa se determina ahora sobre la base de las circunstancias familiares del beneficiario, es decir, si tiene esposa o no. Ya no se tiene en cuenta si el cónyuge percibe una pensión nacional.

Al mismo tiempo, el suplemento a la cuantía de base pagado a los beneficiarios cuyo cónyuge es también pensionista, se elevó del 81 al 85% del suplemento para persona sola.

Además se enmendaron las reglas que rigen la relación entre los cambios en los ingresos anuales y la cuantía del suplemento. Anteriormente, se valuaba de nuevo el suplemento si el cambio en los ingresos anuales excedía de un límite prescrito por la ley. Según las nuevas reglas, el suplemento se reevalúa cada vez que se produce un cambio en una pensión de empleo o en otra similar (se exceptúan los ajustes según el índice del costo de la vida).

Como resultado directo de la revisión de los reglamentos, unos 250.000 cónyuges de beneficiarios de pensión comenzaron a percibir un suplemento a la cuantía base más elevado. El suplemento se eleva al 85% de la prestación de base.

La ley sobre el subsidio de cuidados a los pensionados fue aprobada en 1988. Se dispuso que las tasas del subsidio fuesen gradualmente aumentadas, resultando pagadero el subsidio completo a partir del 1 de enero de 1992.

Las tasas del subsidio de cuidados a los pensionados fueron aumentadas el 1 de enero de 1990 y el 1 de enero de 1991. El 1 de enero de 1992 entrara en vigor un nuevo aumento.

El 1 de octubre de 1991 se introdujo una nueva legislación encaminada a mejorar los regímenes de rehabilitación. Los principales puntos de la reforma son los siguientes:

- antes de que sea concedida una pensión de incapacidad o de jubilación anticipada, tienen que ser evaluadas las perspectivas individuales de rehabilitación;
- todos los regímenes de rehabilitación deben colaborar y sus respectivas funciones y división de tareas tienen que ser especificadas con mayor claridad;
- la motivación de las personas por la rehabilitación se aumentará mediante el pago de prestaciones en efectivo (subsidiarios diarios) durante el período de rehabilitación sobre base similar a las prestaciones del seguro de enfermedad mediante el pago de un suplemento de alrededor del 10% a la pensión que pueda estar siendo percibida.

La Institución del Seguro Social se concentrará principalmente sobre la rehabilitación médica, de las personas gravemente impedidas (eso en suplemento de la rehabilitación médica suministrada por los hospitales dependientes de las autoridades locales) y sobre la rehabilitación profesional de los impedidos. La mayor parte de la rutina de la rehabilitación médica estará a cargo de las autoridades locales. Además el Instituto puede aplicar y pagar otros tratamientos de rehabilitación médica y profesional dentro del marco de los fondos especialmente asignados a ese propósito por el presupuesto estatal

anual. La principal obligación de los regímenes de pensiones de empleo continuará siendo el suministro de rehabilitación profesional.

La reforma entró en vigor durante un periodo de graves problemas económicos en Finlandia. A breve plazo esa situación tendrá probablemente como consecuencia la insuficiencia de los fondos disponibles para satisfacer la demanda de rehabilitación.

El comité de Pensiones 1990 fue nombrado por el Consejo de Estado el 21 de diciembre de 1989. La tarea del comité consiste en examinar la manera de modificar los regímenes de pensiones de jubilación anticipada, para que los empleados de edad avanzada puedan permanecer más tiempo en la vida activa.

El comité propone también las reformas necesarias en la legislación de las pensiones y de otras materias, para garantizar que la propia legislación no impida que los empleados de edad puedan participar en el mercado de trabajo.

El comité sugiere también medidas que 1) inciten a los empleados de edad a seguir trabajando en lugar de jubilarse, o 2) que les estimule para seguir trabajando al mismo tiempo que perciben una pensión.

El comité debe hacer propuestas para la implantación del plan de desarrollo a largo plazo, sugerido por el Comité de Pensiones 1987. También propone otras medidas normativas cuando sea necesario. Al hacerlo, el comité prestará una atención especial a los métodos de ajuste de las pensiones y a que la pensión total este compuesta de manera razonable de varias partes que se deriven de los diferentes regímenes de pensiones.

La extensión del derecho a la cobertura por el SII de los costos dentales se da por la cobertura del tratamiento odontológico por parte del seguro de enfermedad ha venido siendo gradualmente extendida durante años recientes. En 1 de julio de 1990, las personas nacidas entre 1956 y 1957 adquirieron el derecho a percibir esas prestaciones. Esta medida les permitió utilizar los servicios de dentistas privados y pagar solamente una parte del costo. También pueden elegir la utilización de los servicios odontológicos facilitados por los centros sanitarios regidos por la autoridad local, pero tienen que pagar también honorarios por servicio (sin embargo, el monto cargado es claramente inferior a los costos efectivos ocasionados por el suministro de ese servicio).

En su presupuesto estatal de 1994, el gobierno finlandés propuso que la cobertura por parte del seguro de enfermedad del tratamiento odontológico será extendida para abarcar a todos los habitantes del país a partir del 1 de julio de 1992.

A partir del 1 de julio de 1991, se paga a los agricultores el subsidio diario de enfermedad. Esta prestación en dinero la paga la Institución del Seguro Social de los agricultores.

El 1 de enero de 1990, los costos fijos de los medicamentos y servicios pagaderos por el asegurado por el asegurado fueron elevados como sigue:

- medicamentos (una factura de farmacia puede contener la mención de todos los medicamentos comprados al mismo tiempo)
- exámenes y tratamiento por visita al laboratorio (cada visita puede contener varios análisis bioquímicos u otros exámenes; los tratamientos son principalmente fisioterapeúticos)
- costos del viaje, por cada viaje en un solo sentido (esto quiere decir que dentro de los límites urbanos la mayor parte de los desplazamientos por transportes públicos a los hospitales, consultas medicas, etc., no están cubiertos).

En el presupuesto estatal de 1995 el gobierno propuso otros aumentos apreciables de esos montos fijos. Este desarrollo es paralelo con otro presupuesto, que implica que los pacientes deberán pagar una suma modesta por los exámenes y tratamientos realizados también en los centros sanitarios regidos por la colectividad local, que hasta ahora, habían venido prestando gratuitamente esos servicios.

Desde 1990, todos los años el gobierno ha tomado una decisión relacionada con el monto de las prestaciones en dinero que deben ser pagadas a los padres de un niño enfermo durante el periodo de cuidados del niño. Desde el 1 de octubre de 1990, dicha prestación ha sido definida por la ley y su denominación pasó a ser "prestación especial por cuidados". El monto es el mismo que el monto del subsidio diario de enfermedad (relacionado con los ingresos). El padre o la madre que toman parte en los cuidados prestados a un niño (de edad inferior a los 16 años) en un hospital o durante el periodo de recuperación tienen derecho a percibir la mencionada prestación.

El padre o la madre tienen también derecho a esa prestación durante un curso de rehabilitación o de adaptación. Un requisito previo de carácter general es que el niño sufra una de las enfermedades graves enumeradas. En general la prestación especial para cuidados es pagadera hasta 60 días por año, o si es esencial para esos cuidados, durante un periodo máximo de 90 días.

A partir del 1 de enero de 1991, se prolongó de 12 días laborables el periodo durante el cual se pagan las prestaciones para los padres. Ahora el periodo total es de 275 días laborables (en caso de nacimiento múltiple es de 335 días). Tanto la madre como el padre tienen derecho a estas prestaciones, bajo ciertas

condiciones. Es pagadero un subsidio diario de maternidad durante 50-30 días laborables antes del parto. En relación con el nacimiento, el padre tiene derecho a un subsidio diario durante 12 días laborables, que se deducen del período total de prestación para los padres. Además, tiene derecho a 6 días pagados de permiso de padre, que de ninguna manera afecta el período de 275 días. Los padres adoptivos de un niño tienen derecho a las mismas prestaciones, a condición de que el niño sea menor de 6 años de edad en el momento de la adopción.

Otro cambio mas tuvo lugar el 1 de junio de 1991: una mujer embarazada que esta empleada en un trabajo con elevado riesgo tiene ahora derecho a una prestación especial de maternidad. Los factores de riesgo que ponen en peligro el embarazo incluyendo la exposicion a productos quimicos, irradiacion o enfermedad infecciosa.

También desde el 1 de enero de 1991, la Institucion del Seguro Social y los Fondos de Desempleo han facilitado apoyo financiero durante la formación y la educacion de los trabajadores. Esta prestación se compone de tres partes: un subsidio de formación, una prestación especial y unas dietas. La cuantía de la prestación base es la misma que la del subsidio base diario de desempleo. El monto adicional ligado a los ingresos, que pagan los fondos de desempleo a sus miembros, es similar al subsidios diario de desempleo ligado a los ingresos. Además, se paga una prestación especial equivalente a la cuarta parte del subsidio base diario máximo; como dietas se pagan los gastos de viaje y pensión.

A modo de conclusión del capítulo mencionare que tras la situación geográfica de los países escandinavos y las condiciones climatológicas a que son sometidos, la población en general tiene necesidades diferentes a las de la mayoría del mundo, son países con un alto nivel tecnológico, con un alto nivel de ingreso *per capita* y con un muy bajo índice de natalidad lo que ha llegado a representar un problema real y hasta paradójico. Ya que hay naciones en el planeta que sufren de sobrepoblación y que en la realidad no hay sistema de seguridad social que sea satisfactorio para un país sobrepoblado.

Es por eso que para los escandinavos la atención a los niños es muy importante. Son naciones con poca población infantil, son naciones que tienen una población en su mayoría adulta, y en contraste con las naciones en vías de desarrollo su pirámide poblacional esta invertida en comparación con las naciones antes mencionadas.

IV CAPITULO

SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

1. ANTECEDENTES

En el programa ideológico del Partido Liberal Mexicano, publicado el 1° de junio de 1906, que anuncia el contenido de la Revolución, se propone la reforma de la Constitución política del país, el propósito de establecer limitaciones a la propiedad individual y modificar substancialmente las relaciones entre patrones y trabajadores.

Es la primera definición en verdad revolucionaria de los derechos sociales y la fuente de inspiración mas cercana de lo que habrían de ser dentro del marco del nuevo régimen, las luchas sindicales, la legislación del trabajo y la seguridad social.

Desde la campaña presidencial de Francisco I. Madero, el movimiento que se levantaba contra el régimen porfirista ofreció a los trabajadores de la ciudad y del campo expedir leyes que mejoraran sus condiciones de vida.²²

La segunda fase de la Revolución Mexicana habría de recoger y desarrollar esos principios. En diciembre de 1912 Venustiano Carranza (como gobernador de Coahuila) expidió una ley de accidentes profesionales y ya como primer jefe del ejército constitucionalista anunció en Hermosillo Sonora que terminada la lucha iniciada por el Plan de Guadalupe daría comienzo una gran lucha social. Conforme sus hombres iban ocupando diversas regiones de la República, los ciudadanos en armas que ejercían provisionalmente el gobierno, expedían leyes y decretos a fin de establecer salarios mínimos y medidas protectoras a favor de los obreros.

En Yucatán, el general Salvador Alvarado promulgó en 1915 la Ley de Trabajo y dispuso que el estado organizara una sociedad mutualista mediante sistemas de cotización para amparar a trabajadores contra los riesgos de vejez y muerte;

²²Morones Prieto, Ignacio. TESIS MEXICANAS DE SEGURIDAD SOCIAL pp 24

disposición que es considerada como la primera que establece propiamente en nuestro país un sistema de seguridad social.

En el terreno de las ideas, el momento culminante en la búsqueda de la justicia social en México, se encuentra en el debate sobre el proyecto del Artículo 5º en el Congreso Constituyente de 1916-1917. De ese debate nació la primera declaración mundial de derechos sociales incluida en una constitución.²³ Esta es una de las grandes contribuciones de México al pensamiento universal y que tuvo y tiene consecuencias prácticas hasta entonces el derecho constitucional y las constituciones eran estrictamente políticas; es decir, organizaban el poder político y le imponían limitaciones.

A partir de la Constitución Mexicana de 1917, el caudal de la vida social penetró a las constituciones para abrir la era del constitucionalismo social y asegurar el máximo nivel jurídico que todo hombre tiene derecho, a llevar una vida con un mínimo de satisfactores económicos, sociales y culturales.

La Comisión de Constitución presentó a la consideración del Congreso Constituyente un proyecto de Artículo 5º que era el mismo de la iniciativa de Carranza, acondicionado con tres ideas de un documento formulado por los diputados Cándido Aguilar, Jara y Gongora; éstas eran las siguientes: jornada máxima de trabajo de 8 horas, descanso semanal y prohibición de trabajo a mujeres y niños.²⁴

Victoria expresó su inconformidad tanto con el proyecto de artículo de Carranza como con el de la Comisión, porque ambos trataban superficialmente el problema laboral, ya que puntualizó indispensable establecer constitucionalmente todas las bases sobre las cuales legislarían en materia laboral los Congresos de las entidades federativas.

La seguridad social y los derechos del hombre encuentran en el liberalismo social, un vasto apoyo doctrinario y pragmático a comprometerse a la estricta vigilancia y protección de los derechos humanos. Se constituye de hecho un instrumento de protección del ser humano que extiende beneficios a los grupos más protegidos, favorece la convivencia al interior de la sociedad, armoniza la justicia, alienta la movilización popular y favorece formas de convivencia cualitativamente superiores.²⁵

²³Narro Robles, José LA SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA EN LOS ALBORES DEL SIGLO XXI pp 34

²⁴Colegio de México HISTORIA DE MEXICO Tomo I

²⁵REVISTA IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL. LECTURA DE REVISTAS. Septiembre de 1975.

Al emitirse la Constitución de 1917, la fracción XIV del Artículo 123, afirma: "Los empresarios serán responsables de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores, sufridas con motivo o en ejercicio de la profesión. Por tanto, los patrones deberán pagar indemnización temporal o permanente para trabajar de acuerdo con lo que las leyes determinen. Esta responsabilidad subsistirá aún en el caso de que el patrón contrate a el trabajo por un intermediario".²⁶

El proceso continua y en 1931, siendo presidente pascual Ortiz Rubio, se expide la Ley Federal del Trabajo, con la indicación de que en 1932 se debería expedir la Ley del Seguro Social Obligatoria, proyecto que se frustró por la renuncia del propio presidente.

El General Lázaro Cárdenas en 1934, decreta la creación de la Secretaría de Asistencia Pública con la responsabilidad de prestar atención médico-social a toda la población.

Después de este largo camino, no fue sino hasta el 23 de diciembre de 1942, bajo la administración del presidente Manuel Ávila Camacho, que la Cámara de Diputados aprueba el proyecto de Ley del Seguro Social y el 19 de enero de 1943 ya sancionada por la Cámara de Senadores, dicha Ley aparece en el Diario Oficial de la Federación

Desde su origen el seguro social fue concebido como un sistema nacional. La creación de un sistema encaminado a proteger inicialmente al trabajador y a su familia, se constituyó en un mecanismo democrático para encauzar en un marco de mayor justicia las relaciones obrero-patronales y la igualación de derechos entre todos los asalariados.

El sistema de seguridad social que aparece en 1943, cuando se registra en la mayoría de los países de América Latina el establecimiento de seguros sociales generalizados y obligatorios²⁷, desarrolló una nueva forma de política cada vez mas definida hacia la universalización.

Desde 1943 hasta 1973 el sistema fue avanzando, tanto en la mejoría de la protección de los trabajadores asegurados y sus familias, como en la extensión a grupos no sujetos a relaciones de trabajo. Así fueron incorporando paulatinamente a trabajadores independientes, mientras que en el campo se

²⁶Narro Roble, José. LA SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA EN LOS ALBORES DEL SIGLO XXI pp 51-59

²⁷Palmero, Olga y otros. FINANCIAMIENTO Y EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO, pp.

registraba un gran avance tanto a través del régimen ordinario como por sistemas modificados.

La Ley de 1973 es un hecho sobresaliente en el desarrollo de la seguridad social mexicana al estipular entre otras grandes reformas, la extensión del régimen de solidaridad social dirigido a núcleos de población que debido al estadio del desarrollo del país, constituyen polos de profunda marginación rural, suburbana y urbana.²⁸ Estos servicios comprenden asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria.

Dentro del tránsito de los seguros sociales a la seguridad social, la cobertura a los grupos sin capacidad contributiva ya mencionados, significa uno de los avances más notables de la seguridad social en México, plasmada posteriormente en el Convenio suscrito en 1979 entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República (COPLAMAR), para el establecimiento de servicios de solidaridad social en las áreas marginadas.²⁹

El Instituto está facultado para organizar, establecer y operar unidades médicas destinadas a estos servicios, a los cuales los beneficiarios contribuyen con efectivo o con realización de trabajos comunitarios. Es con relación a éste último aspecto que el IMSS realiza una decidida acción con COPLAMAR y contribuye a determinar la coordinación de las acciones de otras dependencias en programas dirigidos a este tipo de zonas geográficas y grupos humanos del país.

COPLAMAR fue creado por Acuerdo Presidencial el 17 de enero de 1977, con el objeto de estudiar y proponer la atención eficaz de las zonas deprimidas y los grupos marginados, sugerir y determinar la coordinación de las acciones de las dependencias y entidades de la administración pública federal, así como los programas dirigidos a este tipo de zonas.³⁰

El Convenio IMSS-COPLAMAR establece el desarrollo de un programa de "Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria", cuyos objetivos son la ampliación del ámbito de cobertura de estos servicios y la consolidación de un sistema comunitario en beneficio de estos núcleos de población sujetos de solidaridad social.

²⁸Palmero, Olga y otros. FINANCIAMIENTO Y EXTENSIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO pp. 57

²⁹Palmero, Olga y otros. FINANCIAMIENTO Y EXTENSIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO pp. 58

³⁰DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION 17 / ene / 1977.

2. LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA ACTUALIDAD

Dentro del marco del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000³¹ básicamente se tocan 10 lineamientos para forjar un nuevo sistema salud y modernizar las políticas de seguridad social y no perder así la congruencia entre normas y actualidad.

De acuerdo a lo dispuesto por el artículo 26 de la Constitución General de la República y por el artículo 5º de la Ley de Planeación, el Poder Ejecutivo Federal cumple con la obligación de elaborar y presentar el Plan Nacional de Desarrollo 1995-200 y enviarlo al Honorable Congreso de la Unión para su examen y opinión.³² Dicho documento comprende básicamente cinco capítulos y un anexo con una relación de programas sectoriales. Los capítulos son: A) Soberanía, B) Por un Estado de Derecho y un país de leyes, C) Desarrollo democrático, D) Desarrollo social y E) Crecimiento económico. Esta compilación de proyectos para la Nación se orientan al esfuerzo de todos para fincar bases realistas, responsables y perdurables para avanzar hacia un México mejor y ello habrá de traducirse en programas sectoriales e institucionales entre otras cosas.

La justicia social ha sido el propósito fundamental que ha guiado el esfuerzo y las aspiraciones nacionales a lo largo de la historia; la Constitución de 1917 es el resultado de un movimiento de hondas raíces sociales que asignó al Estado la responsabilidad de procurar la igualdad de oportunidades y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población

Transformar los ideales constitucionales en mejores niveles de bienestar ha significado un esfuerzo sostenido de los mexicanos durante más de 7 décadas.³³ En este lapso, con el crecimiento económico ha mejorado el nivel de vida, se ha avanzado notoriamente en el acceso generalizado a los servicios educativos y de salud, a la vivienda y a la dotación de agua potable y electricidad. Sin embargo, existen severas carencias en cada uno de estos servicios, tanto en su cobertura como en su calidad.

Para alcanzar plenamente los propósitos de mayor desarrollo social, político y económico de los mexicanos se requiere combatir la inequidad que se expresa entre las personas por la diferencia de oportunidades y de ingreso entre las regiones y entre los sectores productivos, etc.

³¹ Poder Ejecutivo Federal. PLAN NACIONAL DE DESARROLLO

³² Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. INFORME ANUAL DE ACTIVIDADES DEL ISSSTE. Febrero de 1995. pp. 1

³³ Memorias del Seminario 1992 CIESS. DERECHOS HUMANOS Y SEGURIDAD SOCIAL EN AMÉRICA. pp.

En cuanto a seguridad social concretamente el PND toca 5 puntos básicos:

1. Reformar el sistema nacional de salud para mejorar la calidad de los servicios y ampliar su cobertura. Se garantizara un paquete básico de servicios a todos los mexicanos, integrando el primer y segundo nivel de atención. Para ello se reorganizará el gasto y se procurara aumentar la eficiencia de las instituciones, bajo el marco legal de cada una de ellas. La nutrición, vacunación y la salud reproductiva constituirán el eje del paquete básico.
2. Formular esquemas consistentes de financiamiento, adecuados a la capacidad de selección del usuario y a la responsabilidad administrativa del gobierno, procurando que todos los trabajadores gocen de los beneficios de la seguridad social.
3. Los servicios de atención a la población no asegurada operarán en forma descentralizada. Serán transferidos a los gobiernos estatales los servicios de la Secretaría de Salud. El programa "Municipio Saludable" alentará la participación de los ayuntamientos en acciones de potabilización del agua, letrización, alcantarillado, recolección de basura, control de la fauna nociva y manejo adecuado de desechos residuales, entre otros.
4. Garantizar un nivel óptimo de preparación de quienes prestan servicios de salud, alentar la vocación de médicos y enfermeras, fortalecer las instituciones de enseñanza para mejorar la calidad de los estudios de esas especialidades aumentando la posibilidad de que médicos y enfermeras mejoren sus condiciones de vida y de trabajo. El desarrollo de los recursos humanos se articulará con la innovación tecnológica y la investigación científica.
5. Revisar profundamente al sistema de seguridad social para hacer de él un instrumento mejor dotado para cumplir con su cometido original. Se analizarán y modificarán los esquemas actuales de financiamiento de la seguridad social, con el propósito de asegurar su viabilidad en el mediano plazo y, al mismo tiempo, eliminar las distorsiones que hoy constituyen un límite a la contratación de mano de obra, ya que la seguridad social se asocia con un alto costo para el contratante.

En países más avanzados, las instituciones de seguridad social han venido a ser la consecuencia lógica de su desarrollo y el instrumento idóneo para consolidarlo. En cambio en México debido a la carencia tan grande que padecíamos de servicios sociales de toda índole, las instituciones de seguridad social se han convertido en auténticas promotoras del progreso. En este sentido, no ha bastado entre nosotros implementar el seguro social, ha sido necesario construirlo y adaptarlo ya no solo a nuestras necesidades sino también a nuestras posibilidades.

Los datos anteriores muestran de manera clara que el sistema mexicano de seguridad social está cubriendo paulatinamente las zonas marginadas,

incorporándolas a una estrategia de desarrollo social en la que participan diversos sectores.

Este proceso que define la viabilidad de la universalización de las prestaciones médicas, también responde a una de las preocupaciones básicas de la política social y económica de nuestro país.

Así, la atención a grupos marginados se integra en gran parte por el impulso simultáneo al empleo y al bienestar. Se trata de erradicar las causas que determinan la existencia y reproducción de la marginalidad rural y el sector informal urbano, a través de la combinación de acciones con metas programadas en el tiempo y en el espacio de acuerdo a las prioridades globales.

Cabe recordar que una de las funciones básicas de cualquier sistema político es la redistribución de los recursos y servicios disponibles. Esta distribución refleja los valores y los patrones de influencia política vigentes. En cuanto al proceso de desarrollo socioeconómico se notan dos factores de consideración: el patrimonio y el manejo de este. En nuestro país existe cierta discrepancia y desequilibrio entre estos dos factores.

Hay una tendencia a la descentralización de las decisiones hasta niveles organizativos tan bajos como sea posible.³⁴ Se ha delegado a los puestos de trabajo individuales la responsabilidad de sus propios presupuestos. Los políticos dirigen los programas mediante la asignación de recursos, la formulación de los objetivos y, luego, controlando la conformidad con las normas establecidas (garantía de calidad), a la vez son mas las administraciones locales que abandonan la regulación detallada de los programas a favor de la dirección por objetivos. Una forma de incorporar la competencia de mercado a los programas del sector público, consiste en reorganizarlos de manera que los políticos actúen como clientes que hacen pedidos.

Los centros de beneficio pueden competir entre si, los que cumplan sus tareas con éxito recibirán más recursos. Se estimula a los empleados y a las empresas privadas a que gestionen las residencias de ancianos y los centros preescolares en forma de sociedades privadas o cooperativas, creando así alternativas a los programas del sector público y generando una competencia mayor en el sistema.

³⁴La burocracia puede también jugar un papel en la decisión respecto a si la seguridad social se debe expandir horizontalmente (cobertura de nuevos grupos de la población) o verticalmente (agregando nuevos beneficios para los ya asegurados). En un sistema de seguridad social estratificado, los burocratas pueden oponerse a la unificación debido a sus intereses creados en cuanto a conservar sus esferas de influencia, en cambio, en un sistema de seguridad social muy unificado, la burocracia puede impedir la estratificación para que su poder continúe intacto y centralizado.

La administración local correspondiente pide un programa determinado, que cumpla estándares de calidad bien definidos, y conserva la responsabilidad de la garantía de la calidad.

Casi una de cada cuatro administraciones locales había introducido a finales de 1994 sistemas de clientes /centros beneficio, y cada vez son más los que siguen su ejemplo.

No hay un valor intrínseco en el hecho de asignar a un organismo municipal la tarea de gestionar los servicios de asistencia social domiciliaria. Sin embargo, si se da ese valor en la gestión de tales servicios sobre una base legal. Por eso, tienen que ser organizados en formas que acaten las leyes aplicables, mientras sea el ayuntamiento el que pague. Ello presupone que en sus tratos con subcontratistas los ayuntamientos desarrollen la capacidad de ser clientes discriminatorios.³⁵

El mercado por otra parte, desea una base de clientes estables y satisfechos. El hacer independiente a la gente no constituye una estrategia natural del mercado. Se da el riesgo consiguiente de que el mercado haga que los clientes se comporten de forma más pasiva en lugar de cultivar sus aptitudes.

La sociedad cambia día a día, a veces mejora otras ocasiones decae pero lo constante en uno o en otro caso es que exista un proceso con innovaciones o correcciones que se expresan como reforma, evolución, modernización o desarrollo.

Los cambios son difíciles de identificar en el momento en que se efectúan y en el corto plazo, principalmente por su multicausalidad y por ser pluridimensionales, pero además porque los juicios son sesgados por ideologías, posición personal del observador, conocimientos, percepción de los fenómenos significativos y otras variables. Por el contrario, es fácil identificar los cambios de hace muchos años, aún si el proceso duró mucho tiempo, ya que sus efectos son conocidos ahora.

Los sistemas de salud de cada país cambian constantemente, pero en cada lugar se efectúan a un paso diferente debido, una vez más, a múltiples variables

³⁵El concepto "servicio" significa una cosa en un programa gestionado públicamente y otra, en el mercado. Los servicios de asistencia social domiciliaria prestados bajo los auspicios públicos suponen que las personas mayores son responsables de sí mismas y de su situación. La ayuda prestada por el sistema debe de ser planificada y realizada en asociación con los clientes, y los citados servicios deben adaptar esa ayuda a los recursos de esos clientes. El objetivo consiste en prestar la asistencia de forma que aumenten la capacidad del cliente para arreglarselas y ser independiente

culturales: educación, valores, creencias, sistema político, capacidad para modificar un conjunto de factores interrelacionados, recursos para lograrlo, etc. Quizá una causa cultural importante sea cómo aprecia el tiempo la población y sus autoridades. Para los países industrializados el tiempo es lineal, una vez que pasa no vuelve; en tanto que lo frecuente para las culturas latinas (sobretudo) es que el tiempo sea circular, hoy es igual a ayer y por lo tanto igual a mañana.

Las reformas a los sistemas de salud son imperativas en razón de su complejidad, la que aumenta cada día debido al crecimiento de la población, el desarrollo impresionante de la tecnología, los recursos económicos siempre limitados y cambios en el interés político.

Las reformas no han cesado en ningún país y es conveniente conocerlas para hacer comparaciones en relación a datos demográficos y epidemiológicos y así poder apreciar cual es la realidad, pues sin este cotejo existe la posibilidad de creer y además pregonar, lo que lo que se hace en el país o institución de elección, es lo mejor del mundo o de una región.

A fin de mejorar los ingresos de los jubilados, el gobierno de México ha establecido, mediante dos decretos de fechas 24 de febrero de 1992 y 25 de marzo de 1992, un régimen de ahorro para la jubilación, que tiene por objeto completar las prestaciones del régimen general de pensiones.

Este dispositivo, que se aplica tanto a los trabajadores del sector público como a los del sector privado, se basa en el pago por parte de los empleadores de una cotización complementaria, además de la cotización actual pagada al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para el sector público y al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para el sector privado. El importe de esta cotización, cuyo cálculo se efectuara mensualmente, será equivalente al 2% del salario del trabajador, habiéndose fijado que la remuneración máxima a tomarse en cuenta sea 25 veces el salario mínimo general. Los empleadores deberán pagar las sumas correspondientes a estas cotizaciones a un organismo de crédito de su elección, para que se acrediten en las cuentas individuales del sistema de ahorro para la jubilación, abiertas a nombre de cada trabajador. Con este fin, los empleadores facilitarán a los organismos de crédito los datos apropiados relativos a sus asalariados. Un trabajador solo podrá tener una cuenta de ahorros para la jubilación.

El importe que se fije en las cuentas individuales se reajustará cada mes con arreglo de la variación del índice de precios al consumo y producirán intereses que no podrán ser inferiores al 2% al año. Estos intereses se pagaran cada mes en forma de reinversiones en las cuentas respectivas de cada trabajador. El

trabajador podrá, en cualquier momento efectuar pagos suplementarios en su cuenta individual.

El trabajador podrá igualmente solicitar la suscripción de un contrato de seguro de vida, partiendo del capital acumulado en su cuenta individual, en las condiciones fijadas por el comité técnico encargado de vigilar el dispositivo de ahorro para la jubilación. Cuando el trabajador llegue a la edad de 65 años o adquiera el derecho a beneficiarse de una pensión de jubilación o de invalidez, podrá solicitar al organismo de crédito en el que se halla su cuenta individual de ahorro para la jubilación, que le entregue los fondos acumulados. Entonces tendrá la posibilidad de confiarlos a un organismo financiero que, a cambio, le pagara una renta vitalicia, o de disponer de ellos como lo desee.

Cuando abra su cuenta, el trabajador deberá designar sus derechohabientes. En caso de fallecimiento del titular de la cuenta, las sumas acreditadas en la cuenta se pagaran a esos derechohabientes. Los decretos que establecen el régimen de ahorro para la jubilación entraron en vigor el 1 de mayo de 1992.

A modo de conclusión del capítulo aquí terminado, se puede decir que en caso del modelo de seguridad social de México, ya se había llegado al límite de soportar un modelo obsoleto, un modelo que desde tiempo había mostrado síntomas de discrepancia con la realidad que el país vivía y que vive; en los últimos dos años se han llevado a cabo iniciativas y en algunos casos hechos ya concretos para la modernización y actualización de las políticas de seguridad social.

Más sin embargo no han sido suficientes dichas propuestas, pero es un buen comienzo para iniciar la reforma del modelo. Para México es difícil llevar a cabo cambios radicales o parciales de fundamentos e instituciones (en el caso de la seguridad social) que han sido emanados de la lucha de trabajadores. Dichos cambios han sido sino entendidos, han sido acatados por la sociedad que lo que manifiesta es la demanda de un cambio y cualquier indicio de esto es bueno.

Con esto quiero decir que entre muchas otras reformas que se están llevando a cabo en nuestro país, la de la seguridad social ha sido una de las más seguidas por la población, ya que nos atañe a todos como trabajadores, como jubilados o como miembros de la familia de un trabajador.

La transformación que ha sufrido el anteriormente llamado Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR); que actualmente ha declinado en las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES). Ponen de manifiesto el interés y el intento que el Estado hace para satisfacer una de las necesidades de la clase trabajadora.

Pero dichas medidas todavía no arrojan resultados satisfactorio y el caso de las Afores todavía no hay resultado alguno.

Se puede concluir por decir que México está en el camino, y que el gobierno se ha dado cuenta que se necesitaba modificar las políticas de seguridad social en este país. Falta mucho por hacer pero no será sino hasta principios del próximo siglo que se puedan palpar alguno de los logros que arrojarán las medidas que hoy en día se están llevando a cabo.

CONCLUSIONES

A modo de conclusiones generales del trabajo de investigación que aquí se desarrolla, se puede decir que finalmente se entiende por seguridad social el complejo de medidas arbitradas por el Estado para la protección y ayuda a los ciudadanos; es decir, la promoción de una vivienda digna para los miembros de la sociedad, la prevención de enfermedades y cuidado de la salud, proporcionar los apoyos necesarios a ancianos y prestaciones para los jubilados, sin dejar atrás lo que son las atenciones a la infancia y mujeres tanto trabajadoras como beneficiarias y que es la promoción del bienestar social.

En el caso de los países escandinavos se ha dado una evolución y adaptación de la seguridad social a las necesidades y demandas de la sociedad misma, sociedad que dentro de los cinco países escandinavos posee similitudes y es por eso que se puede generalizar y solo referimos a ellos como países escandinavos; la disposición que los escandinavos han manifestado para permitir que la seguridad social pueda adaptarse ya no solo al fin del siglo XX sino plantear una proyección hacia el venidero siglo XXI. Y básicamente esa es la razón de ser del modelo escandinavo objeto de estudio en esta ocasión. Claro que no quiere decir esto que el resto de las naciones no persigan el mismo objetivo; es sólo que en el caso de los escandinavos las condiciones son propicias para que el modelo tenga la capacidad de maleabilidad que la sociedad demanda.

Uno de los planteamientos iniciales en el desarrollo del presente trabajo, fue precisamente la innata necesidad de que el modelo de seguridad de un país debe adaptarse y evolucionar según lo vaya haciendo la sociedad. Y esto es un principio que ha quedado comprobado, la seguridad social debe desarrollarse y evolucionar en la medida que los beneficiarios y la misma sociedad lo demande. Queda muy claro que este no es un proceso simple o rápido, es un proceso que lleva una duración y que al mismo tiempo pasa por diferentes etapas, iniciando con una apreciación de la situación de la seguridad social, posteriormente se hace una evaluación de los medios que se tengan al alcance para dar arranque a una modernización o actualización inmediata y finalmente se plantea a futuro próximo para dar seguimiento a los cambios que ya están en marcha.

El caso escandinavo ejemplifica la indiscutible necesidad de que las instituciones y el Estado mismo tengan adaptabilidad a la demanda de prestaciones y servicios del bienestar de la sociedad, ya que las condiciones de vida y los fenómenos económicos y los efectos bursátiles tienen repercusiones en el nivel de vida, salud y bienestar de la población; me refiero al surgimiento de nuevas

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

enfermedades mortales e incurables, los niveles de contaminación, el deterioro de la capa de ozono en la atmósfera y la caída del poder adquisitivo de la población para ayudarse a tener un nivel de salud aceptable.

En México durante los últimos dos años se han echado a andar iniciativas de reformas al ámbito de la seguridad social y esta se encuentra en el principio de un proceso de rehabilitación y replanteamiento de principios y objetivos, sin dejar atrás el espíritu constitucional de proporcionar bienestar a la sociedad. Algunos han sido ya los resultados tangibles, como la remodelación y modernización de grandes hospitales del servicio público dando cualquier tipo de tratamiento y realizando estudios de cualquier tipo y en algunos casos llegando hasta la punta de la vanguardia médica.

La seguridad social es objeto de estudio por ser un punto importante en el actual proceso que la sociedad esta manifestando y me refiero a la sociedad internacional, ya que prácticamente en casi todo el mundo el Estado y la sociedad han puesto énfasis en la seguridad social y se están dando cambios evolutivos importantes a nivel mundial, nuevos planteamientos, etc., aunque no en todos los países; en algunos solo se trata de mantener a la seguridad social en el nivel actual y no existen los principios y bases necesarias para la innovación ni la capacidad económica. En otros como México se tratan de implantar reformas, llevar a cabo remodelaciones y actualización del sistema de salud como uno de los primeros pasos a dar, otros son el replanteamiento legislativo del sistema de seguridad social y la implantación de nuevos e innovadores instrumentos de bienestar para la jubilación como es el caso del Sistema del Ahorro para el Retiro (SAR).

Tanto en México, como en alguno de los países escandinavos o cualquier otro país en el mundo tarde o temprano se manifiesta la incompatibilidad que llega a existir entre el sistema de seguridad social y las demandas y necesidades del momento actual de la sociedad.

Dentro de las sociedades a la seguridad social se le puede dar un giro de cambio radical, es decir, a fondo o simplemente darle un cambio superficial y no de principios. En el caso de México los cambios para dar un matiz actual a la seguridad social son de fondo y con planteamientos a futuro; en el modelo escandinavo esto es algo que realmente ha dado resultados que hoy en día pueden verse. No hay que dejar de tomar en cuenta el gasto político, social y económico que un replanteamiento puede tener, es necesario que el país en el que se proponga posea una estructura lo mas sólida posible.

Como un comentario final quisiera decir que una de las hipótesis fue si existía o no similitud entre el modelo escandinavo y las políticas que el actual gobierno ha

manifestado. Y a este respecto se puede decir que si hay una similitud: en un primer termino el que México haya aceptado la necesidad de adaptar su modelo de seguridad social a la realidad de hoy y el que la seguridad social beneficie a la mayoría de la población, aun y cuando se encuentre en lugares apartados e inaccesibles. Esta es la similitud básica que tiene México con el modelo escandinavo.

Por otro lado, y que es uno de los puntos fundamentales de cualquier política de seguridad social que es, el que el esquema de seguridad social funcione de manera tripartita, y en el caso de México tras la verdad de que el gobierno no puede hacer frente a la parte a la que esta comprometido, se ha tomado uno de los puntos del modelo escandinavo que es el invitar a la iniciativa privada a formar parte de esta asistencia, para así poder acercarse un poco mas a los objetivos que persigue la seguridad social.

Y al referirme a la seguridad social, como ya dije en capitulos anteriores, no solo se hace referencia a la asistencia médica, sino tambien a otros beneficios como lo son una vivienda digna, un nivel de vida digna, educación, vestido y buena alimentación. Para México hay un gran obstáculo por librar, y es la pobreza extrema que se da en algunos puntos del territorio nacional, que son principalmente las áreas limitrofes a las grandes capitales y por otro lado en áreas rurales de población indigena en su mayoría y se encuentran en zonas de las diferentes sierras que hay en México.

Es menester no olvidar que somos mexicanos y estamos comprometidos con nuestra patria independientemente de la ideología política que nos gobierne, debemos poner lo que este de nuestra parte y hacer propuestas al gobierno, propuestas con contenido y objetivos claros para dar solución a problemas específicos y así empezar a dejar atrás la demagogia de la que han hecho mano algunos políticos en su discurso. Con esto quiero dejar en claro que si se trata de la oposición que no sólo se ataque al partido en el poder, perdiendo el objetivo en el reclamo sin propuesta; y si se trata de afinidad con el partido en poder, se hagan ver se reconozcan los errores y de ellos poner en marcha nuevos mecanismos para así poder llegar a lo que tanto miembros de la oposición como miembros del partido en poder logren: un México fuerte y bien cimentado.

BIBLIOGRAFÍA

- **Actualidades de Suecia**
Svenska Institutet
Diciembre 1992 a junio 1995
Suecia, Estocolmo 1992-1995
- ALLEN, Harry Cranbrook
"Historia de los Estados Unidos"
Paidós
México 1969
- CALLAHAN D.
Setting Limits. Medical Goals in an Ageing Society
Simon Schuster
USA 1987
- CALLAHAN D.
What kind of life. The limits of medical progress
Simon Schuster
USA 1990
- CAPILLA Bolaños, José Antonio
Guía Práctica de la Seguridad Social
Editorial La Casa del Abogado
México 1993
- CAZARES Hernández, Laura
Técnicas Actuales de Investigación Documental
Editorial Trillas y Universidad Autónoma Metropolitana
México, 1990
- CLARKSON, Jesse & Thomas C. Cochran
"War as a Social Institution; The Historian's Perspective"
The American Historical Association Columbia University
Estados Unidos 1979

- COLEGIO DE MÉXICO
Historia de México
 Tomo I y II
 Editado por el Colegio de México
 México 1981

- Derechos Humanos y Seguridad Social en América
 Memorias del Seminario 1992 (abril 22 al 24)
 México

- DUDDEN, Arthur
"The United State of America. A Syllabus of American Studies"
 Philadelphia University of Pennsylvania Press
 Estados Unidos 1986

- DUPEYROUX, Jean-Jacques
Securité Sociale
 Dalloz
 France 1969

- FISHER, Allan George
"Progreso Económico y Seguridad Social"
 Editorial Alfaomega
 México 1981

- HOCKETT, Hommer Carey
"Political and Social Growth of the American People"
 UCLA Press
 Estados Unidos 1971

- Informe Anual de Actividades del ISSSTE
 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
 Febrero 27, 1995
 México

- Introducción a la Seguridad Social
 Oficina Internacional del Trabajo
 Editorial Alfaomega
 México 1992

- MANNING, Charles & Anthony Woodward
"The University Teaching of social Science: International Relations"
 UNESCO, Paris
 1972

- MORONES Prieto, Ignacio
Tesis Mexicanas de Seguridad Social
 Secretaria del Trabajo y Prevision Social
 Dirección General de Medicina y Seguridad en el Trabajo
 México, D.F.
 1968

- NETTER, F
La Sécurité Sociale
 Editions Sirey
 Francia, Paris
 1979

- NARRO Robles, José
La Seguridad Social Mexicana en los Albores del Siglo XXI
 Editorial
 México

- PALMERO, Olga y otros
Financiamiento y Extensión de la Seguridad Social en América Latina
 Departamento de Asuntos Internacionales
 Instituto Mexicano del Seguro Social
 México, D.F.
 1985

- Plan Nacional de Desarrollo
 Poder Ejecutivo Federal
 México 1995

- Priorities in Health Care, Ethics, Economy, Implementation
Final Report by The Swedish Parliamentary Priorities Commission
 Swedish Government Official Report 1995
 The Ministry of Health and Social Affairs
 Sweden 1995

- PROPPER, Karl R.
La Lógica de la Investigación Científica
Editorial Tecnos
México, 1990
- TAMAYO y Tamayo, Mario
El Proceso de la Investigación Científica
Editorial Limusa
México, 1993

HEMEROGRAFIA

- EL ECONOMISTA
6 DE SEPTIEMBRE DE 1995
"Muy difícil, la situación financiera del gobierno de EE.UU."
MEXICO
- REVISTA IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL
LECTURA DE REVISTAS
"Actualidades de la Seguridad Social en el Continente Americano"
Mannio, Niilo
NO. 5 SEPTIEMBRE 1975
- REVISTA IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL
LECTURA DE REVISTAS
"La Política de Seguridad Social"
Alonso Olea, Manuel
NO. 12 SEPTIEMBRE 1977
- THE ECONOMIST
26 DE AGOSTO DE 1995
"The changing face of the welfare state"
GRAN BRETAGNA