

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.



**La Seguridad
Social en
Estados Unidos
de América**



Serie Monografías 10
1994

**CONFERENCIA
INTERAMERICANA
DE SEGURIDAD SOCIAL**

CISS

SECRETARIA GENERAL



**CONFERENCIA
INTERAMERICANA
DE SEGURIDAD SOCIAL**

Lic. Genaro Borrego Estrada
Presidente

Lic. Roberto Ríos Ferrer
Secretario General

Dr. Alvaro Carranza
Urriolagoitia
Director del CIESS

**Coordinación Técnica de la
Secretaría General**

Lic. María del Carmen Alvarez
Lic. Pedro Cervantes Campos
Act. Ana Luz Delgado Izazola
Lic. Antonio Espitia Ledesma
Ing. Francisco Martínez Narváez
Lic. Mario A. Rodríguez Malpica E.
Dr. Antonio Ruezga Barba

Comisión Editorial

Lic. Sergio Candelas Villalba
Coordinador
Lic. Gabriel del Río Remus

Este libro fue publicado por la Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Su contenido es responsabilidad exclusiva de su (s) autor (es) y no refleja necesariamente la posición de la CISS. Está permitida la reproducción total o parcial de su contenido sólo con mencionar la fuente.

Derechos reservados conforme la ley

ISBN 968-7346-17-5

***SEGURIDAD SOCIAL EN
ESTADOS UNIDOS DE AMERICA***

APOYO TECNICO
Martha Gisela Peña Rodríguez.
Evelia López Manríquez.

SEGURIDAD SOCIAL EN ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

Serie Monografias 10

CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL
Secretaría General

INDICE

PRESENTACION	i
I. PANORAMA HISTORICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN ESTADOS UNIDOS DE AMERICA 1935-1985	1
II. PROGRAMAS DE SEGURO SOCIAL	31
- Seguro de Vejez, Muerte e Incapacidad	33
- Seguro del Desempleo	67
- Indemnización de los trabajadores	82
- Seguro de Incapacidad Temporal	101
III. PROGRAMAS DE SALUD	115
- Medicare: Un breve resumen	120
- Medicaid: Un breve resumen	132
- La Relación Medicaid-Medicare	143
IV. PROGRAMAS PARA GRUPOS ESPECIALES	147
- Prestaciones para Veteranos	149
- Programas para empleados Públicos	156
- Jubilación para ferrocarrileros	163
V. PROGRAMAS DE APOYO AL INGRESO	173
NOTAS Y BIBLIOGRAFIA	207

PRESENTACION

Por instrucciones del licenciado Genaro Borrego Estrada, Presidente de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), el Programa Editorial, correspondiente a 1994 de la Secretaría General de la Conferencia continúa, como una acción relevante, con la publicación de monografías de la seguridad social de los países representados en dicho organismo, a fin de difundir sus importantes tareas y el desarrollo de sus funciones para lograr la procuración de los objetivos que se han propuesto.

La presente monografía responde a las demandas expresadas por las instituciones americanas de seguridad social para contar con un acervo bibliográfico que testimonie su trabajo, las metas que han alcanzado y, a la vez, enriquezca sus conocimientos.

Es por ello que esta edición bilingüe de la Seguridad Social en los Estados Unidos de América, cuyo contenido es resultado de la compilación y selección de documentos efectuados por la Lic. María del Carmen Alvarez García, de la Secretaría General de la CISS, contribuirá a satisfacer el interés mostrado por las instituciones mencionadas sobre los avances logrados en dicho país.

La Secretaría General de la CISS manifiesta su gratitud a la Social Security Administration, a la Health Care Financing Administration (HCFA) y, en forma especial al señor John Dyer y a la Oficina de Política Internacional cuyas aportaciones hicieron posible la edición de esta monografía, la cual ofrece una descripción del desarrollo histórico y de la situación actual de los programas que conforman la seguridad social de este país del norte del continente americano.

LIC. ROBERTO RIOS FERRER
Secretario General de la
Conferencia Interamericana
de Seguridad Social

CAPITULO I

PANORAMA HISTORICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EUA 1935-1985

El desarrollo del estado del bienestar ha sido el mayor logro del siglo XX.⁽¹⁾ Hacia 1900 los gobiernos europeos asumieron con gran vigor la responsabilidad del bienestar social, actividad que había sido llevada a cabo por las familias en las sociedades agrarias. En relación con estos países, los Estados Unidos de América habían llegado tardíamente a este proceso.

No fue sino hasta el advenimiento de Franklin Roosevelt y su política del "New Deal", que el gobierno otorgó una gran importancia al bienestar social. Con la adopción del Acta sobre Seguridad Social firmada en 1935 emerge el Estado Federal del Bienestar Social Estadounidense. Su establecimiento, sin embargo, no se dió súbitamente, para que ello ocurriera transcurrieron tres décadas de intensa discusión y deliberación sobre las formas que debería adoptar el bienestar social.⁽²⁾

Muchas ideas y prácticas relevantes iniciadas a finales del Siglo XIX fueron tomadas de la experiencia europea; otras, emanaron de los reformadores sociales de la Era del Progreso, algunas de las propuestas consideraban planes sociales de gran alcance, otras de carácter más limitado abordaban problemas específicos generados por la economía industrial a las cuales había que darles respuestas pragmáticas. Por otra parte, los reformadores sociales, diferían respecto de la función que deberían desempeñar, tanto el Estado como las asociaciones privadas, en la administración del bienestar social.

Las deliberaciones versaban sobre la indemnización al trabajador, el seguro de la salud, la pensión maternal, la salud pública, la ayuda al incapacitado, la asistencia pública, el seguro del desempleo y la pensión para la vejez. Cada uno de estos reformadores tenían críticos y seguidores, quienes debatieron fuertemente durante varios años antes de 1935.

La legislación europea sobre el bienestar social, despertó gran interés durante el proceso de industrialización estadounidense. En 1893, el Comisionado del

Trabajo, publicó un análisis detallado del seguro social alemán, instaurado, por el Canciller Otto von Bismarck en la década de los ochentas del Siglo XIX.⁽³⁾ En 1899, la Oficina de Estadística del Trabajo del estado de Nueva York, hizo un exámen del programa del bienestar alemán.⁽⁴⁾ En 1911 el Comisionado del Trabajo publicó un análisis amplio del seguro social europeo con descripciones detalladas por cada país.⁽⁵⁾

Mientras tanto, los reformadores del Progreso creaban conciencia entre la población sobre la necesidad del bienestar social. Entre ellos, destacó John B. Andrews, quién fundó en 1906 la Asociación Americana para la Legislación del Trabajo (American Association for Labor Legislation, AALL), con el apoyo de destacados economistas y trabajadores sociales de la época.

Durante más de dos décadas, la AALL, difundió el movimiento organizado sobre la seguridad social, con la participación de prominentes científicos sociales, tales como John R. Commons, Jeremiah Jenks, Richard T. Ely y Henry Seager. Esta organización proveyó de expertos consultores a las agencias gubernamentales y a las organizaciones privadas; diseñó legislaciones para los gobiernos de los estados y de las ciudades de acuerdo a su grado de desarrollo; y difundió las legislaciones que iban apareciendo sobre la seguridad social, por medio de publicaciones y conferencias.

Como muchos de los reformadores progresistas, los hombres y mujeres de la AALL tendieron a ser pragmáticos más que ideólogos, buscando con ello, una mejor eficiencia en la construcción del bienestar social americano, mediante el suministro de una asesoría altamente especializada en el campo del bienestar y la ingeniería social.⁽⁶⁾

Además de Andrews, Issac Rubinov se convirtió en uno de los pioneros más significativos del movimiento para el bienestar social estadounidense. Nacido en Rusia, Rubinov llegó a los EUA en 1898 a fin de obtener el grado de medicina en la Universidad de Nueva York, sin embargo, muy pronto abandonó la

medicina para convertirse en uno de los más importantes actuarios. Antes y después de obtener su doctorado de economía en la Universidad de Columbia, publicó una serie de estudios sobre las políticas de seguridad social en Europa y en los Estados Unidos de América. Simultáneamente, ocupó posiciones importantes en varias instituciones federales, y en compañías de seguros privadas. A diferencia de Andrews, quien se inclinó a favor de los servicios sociales privados, Rubinov fue un fuerte defensor del patrocinio de los programas sociales por el Estado.⁽⁷⁾

Ambos reformadores colaboraron frecuentemente con R.Commons, notable economista y especialista en relaciones laborales de la Universidad de Wisconsin, quién desarrolló la llamada "idea de Wisconsin", a partir de la cual académicos especializados en la materia asesoraron a políticos y a servidores públicos en la formulación de sus políticas económicas y sociales. En particular, él creía que las comisiones administrativas constituidas ofrecerían soluciones a gran parte de los problemas humanos generados por la industrialización. Con su especial interés en las relaciones laborales, Commons llegó a ser uno de los primeros defensores de los programas de compensación de los trabajadores. Escribió ampliamente sobre el tema y se desempeñó como consultor en este campo.⁽⁸⁾

La "Idea de Wisconsin" tuvo repercusiones nacionales, el presidente Theodore Roosevelt se preocupó especialmente por el impacto de la industrialización en las nuevas generaciones, y utilizó sus oficinas para atraer la atención sobre la condición de los niños dependientes.

En 1909 organizó en la Casa Blanca, la Primera Conferencia sobre Niños, a la que fueron invitados numerosos especialistas en problemas familiares y en niños. La conferencia expuso la difícil condición de los niños pobres y abandonados e hizo recomendaciones concretas sobre algunas formas de asistencia gubernamental. Si bien, el Congreso no actuó, la conferencia impulsó la cruzada sobre la pensión de maternidad. Una década después, tanto

en las ciudades como en los estados se desarrollaron a diferentes niveles programas de ayuda para madres o padres solteros y niños abandonados. ⁽⁹⁾

Si bien durante la Primera Guerra Mundial disminuyó el ímpetu del movimiento sobre el bienestar social, a partir de los años veinte recibió un fuerte impulso debido al surgimiento de nuevos líderes sociales.

Uno de ellos fue Abraham Epstein, quién emigró de Rusia en 1910, y se convirtió en uno de los más prolíficos escritores sobre programas del bienestar social, particularmente escribió sobre el seguro de vejez. En tanto que sus múltiples libros y artículos eran ampliamente leídos, se desempeñaba como consultor en los sindicatos de trabajadores y en las instituciones gubernamentales federales y estatales. ⁽¹⁰⁾

En el ámbito académico, Paul H. Douglas, economista de la Universidad de Chicago, fue pionero en el establecimiento del área de "Economía del Bienestar", cuyos libros y artículos relativos al tema gozaron de un amplísimo respeto durante esos años. Sus trabajos ilustraron las opciones abiertas por los políticos y ayudaron a cristalizar el emergente consenso respecto de la necesidad de implantar algunas formas del bienestar social. ⁽¹¹⁾

Este consenso también fue impulsado por la Profesora Eveline Burns, de la Universidad de Columbia, quien emigró de Inglaterra en 1926 y también se convirtió en una de las escritoras más prolíficas sobre el seguro social y el seguro de vejez. ⁽¹²⁾

Durante el período de la Gran Depresión, los objetivos sobre el bienestar social y su instrumentación fueron ampliamente discutidos. Este largo debate arrojó un vasto conocimiento, cuya literatura permitió el surgimiento de expertos en esta materia.

Antes del advenimiento de la política del New Deal, la mayoría de los trabajadores sociales tomaron conciencia sobre el movimiento del bienestar social,

entre ellos prominentes especialistas como Harry Hopkins y Frances Perkins, en esa época Comisionado para Asuntos Laborales del Estado de Nueva York, en tanto que el resto de la población permanecía menos interesada. ⁽¹³⁾

Sin embargo, la Gran Depresión modificó esta posición, la crisis económica impuso como principal preocupación de los políticos estadounidenses el tema del bienestar social. Los líderes políticos abrazaron esta causa y la hicieron su programa principal. El más importante de ellos, fue el senador por Louisiana, Huey P. Long, en aquel entonces aspirante a la presidencia y fundador en 1934, del movimiento Share-the-Wealth (Comparta la Salud) el cual agrupó a cinco millones de miembros en el transcurso de un año. Antes de su asesinato en 1935, propugnaba por que el gobierno patrocinara una amplia gama de programas de bienestar como, la pensión para la vejez, la protección de la salud, la educación, el seguro de desempleo y la asistencia pública.

Después de su muerte, muchos de sus partidarios se unieron al movimiento del Fondo Revolviente para la Pensión de la Vejez, creado por un jubilado de Long Beach, California, el doctor Francis Townsend quien abogó por una pensión mensual de 200 dólares para todos los individuos mayores de 60 años y logró llamar la atención de la nación sobre la condición de la vejez. De hecho, más que una propuesta de carácter individual, este tema llegó a formar parte de las elecciones presidenciales de 1936. ⁽¹⁴⁾

En este contexto el presidente Roosevelt decidió hacer suyo y apoyar vigorosamente un amplio programa de bienestar social, con lo que consiguió evitar serias críticas. Para llevar a cabo este programa Roosevelt formó un Comité de Seguridad Económica, presidido por su secretario del Trabajo, Frances Perkins y dirigido por Harry Hopkins, su experto y asesor en políticas sobre bienestar social. Este Comité, tomó no sólo la experiencia de otros países sino también la acumulada en su país. Así como el Comité consideró el contexto

político y constitucional, también fue muy cauteloso con la Suprema Corte, ya que ésta había vetado algunas medidas importantes de la política del New Deal. Finalmente el resultado de estas deliberaciones fue la aprobación del Acta de la Seguridad Social de 1935. ⁽¹⁵⁾

II

Antes de la elección de Roosevelt y de la política del New Deal, existían en los Estados Unidos de América, sólo dos programas sociales con participación federal. A principios de 1920, el gobierno federal suministraba recursos a los estados para cubrir la mitad de los costos de inicio y conservación de sus programas de rehabilitación vocacional. ⁽¹⁶⁾ En efecto, en base al Acta Shepard-Towner de 1921 a 1929, la Agencia Federal para Protección de los Niños, otorgó recursos a los estados para el bienestar materno e infantil. ⁽¹⁷⁾

No obstante, el primer tercio de este siglo sólo fue testigo de la promulgación de algunos programas sociales a nivel estatal. En 1918, la mayoría de los estados había aprobado leyes para compensar a las mujeres trabajadoras. Antes de 1935, treinta y cinco de los cuarenta y ocho estados, otorgaban pensiones a indigentes de 65 a 70 años, todos los estados, salvo Carolina del Sur, contaban con legislaciones para pensiones maternas ⁽¹⁸⁾ y 24 estados tenían programas de pensiones para los ciegos necesitados. Muy pocos estados habían adoptado el seguro de desempleo.

El concepto de seguridad social es problemático. Actualmente los ciudadanos estadounidenses cuando piensan en ello, inmediatamente lo asocian a la pensión de vejez. Con un poco más de reflexión se darían cuenta de que significa mucho más que esto. La seguridad social engloba todos los programas sujetos a deducción, inscritos en el Acta Federal de Contribuciones al Seguro (Federal Insurance Contributory Act, FICA): vejez, sobrevivientes y dependientes,

seguro de incapacidad y el Medicare. Sin embargo, esto no es todo lo que contienen los capítulos del Acta de la Seguridad Social aprobada en 1935 y corregida en 1939.

El Acta de 1935 contenía once capítulos, en nueve de los cuales el gobierno federal asumía compromisos, no obstante que en algunos de ellos ya estaba involucrado. Sólo uno era totalmente nuevo en el ámbito americano: el seguro de vejez (Old-age Insurance, OAI).

El Acta se fundamentó en el informe preparado por el Comité de Seguridad Económica, creado por el presidente Roosevelt el 29 de junio de 1934. Seis meses y medio después este informe fue presentado al Congreso, cuyo proceso legislativo tuvo una duración de siete meses y finalmente el Acta fue firmada por el presidente Roosevelt el 14 de agosto de 1935. Por la complejidad y carácter innovador de esta obra legislativa, el que se haya aprobado en trece meses y medio representó un fenómeno notable.

Esto es explicable debido al contexto económico, político y social imperante en esa época. Los Estados Unidos de América estaban inmersos en una grave depresión económica y en un estado de ebullición social, no visto desde la Guerra Civil. Los estados estaban en bancarrota, sin capacidad para sufragar sus modestos programas sociales. Abundaron propuestas y programas imposibles de realización. En contraste a éstos, el Comité de Seguridad Económica, con el apoyo al más alto nivel (el presidente Roosevelt, quien probablemente ha sido el más popular de los presidentes), asumió una posición pragmática y comprometida con la seguridad social en oposición a la corriente defensora de la asistencia pública. Posiblemente, nunca antes un presidente había estado tan estrechamente comprometido en una obra legislativa.

En la página 32 del Acta de Seguridad Social ⁽¹⁹⁾ se establece como intención: *"Ofrecer bienestar general mediante el establecimiento de un sistema federal de prestaciones para la edad avanzada y apoyar a algunos estados para mejorar sus provisiones destinadas a la vejez, a las personas ciegas, a los niños dependientes y abandonados, a la maternidad, a la salud pública y a la administración de la compensación por el desempleo establecido por Ley; instaurar un Consejo de Seguridad Social; generar ingresos; y otros propósitos".*

El capítulo I preveía subvencionar a los estados, para sufragar la mitad de los costos de sus programas de asistencia a la vejez; establecía las condiciones que deberían satisfacer los estados para ser elegibles estos recursos federales; la forma en que se deberían hacer los pagos y como debería ser administrado el programa. Para esto fue necesario hacer mínimas modificaciones a la reglamentación, a fin de dar apoyo a los estados del sur. Para no perturbar el status quo racial existente en el sur, se transfirieron recursos de la Casa de Moneda a estos estados, quienes a su vez debían suministrar asistencia suficiente "compatible con la decencia y la salud". Este fue el capítulo menos controvertido y más sobresaliente del Acta.

Mucho mas polémico fue el capítulo II que establecía el programa de prestaciones para la edad avanzada, ahora conocido como el seguro de vejez (Old-Age Insurance, OAI). Este capítulo establecía como debía operar su sistema de contribuciones y especificaba la fórmula mediante la cual las personas con bajos ingresos podían recibir mejores retribuciones por ingresos perdidos con respecto a las de mayores ingresos. El OAI protegía virtualmente a toda la fuerza de trabajo del sector industrial y comercial y ninguna prestación podía ser mayor a los 85 dólares.

En este capítulo no se mencionaba nada sobre los impuestos que deberían cubrir los empleadores y los empleados para el financiamiento del OAI, este punto fue materia del capítulo VIII. La razón de esta separación fue el gran temor de quienes redactaron el documento, de que la Suprema Corte lo declarara inconstitucional, tal como lo había hecho con otros programas de la política del New Deal. Las prestaciones del programa se pensaron en el marco de la cláusula general sobre el bienestar asentada en la Constitución, en la cual se justifica el derecho del gobierno federal para la fijación de impuestos. Sin embargo, se tuvo todo el cuidado de mantener separados ambos temas. Se

siguió el mismo modelo para el programa de compensación por desempleo.

El programa del OAI no fue considerado como el más importante del Acta original, el programa del desempleo, sí lo fue. Tampoco fue el más amplio de los dos programas destinados a la edad avanzada, en cambio el de asistencia a la vejez sí lo fue. A pesar de ello, las pensiones del seguro de vejez despertaron las más enconadas críticas por parte de los hombres de negocios, de los congresistas republicanos y en general de todos los conservadores. Fue un desafío directo a la acendrada creencia de los americanos de que el gobierno federal no tenía porque inmiscuirse en asuntos de esta naturaleza y de que la mayoría de los individuos podría sostener su propia vejez.

En un frustrado ataque por dejar fuera al seguro de vejez de la seguridad social, el senador Daniel O. Hastings, de Delaware, declaró "Esto podría ser el fin del progreso de este gran país y la población bajaría al nivel promedio europeo".⁽²⁰⁾ El congresista Daniel Reed, de Nueva York pronosticó "el látigo del dictador se sentirá y 25 millones de americanos serán sometidos por vez primera a la prueba de confrontar sus propias huellas digitales".⁽²¹⁾

El seguro de la vejez fue poco comprendido en el país y a pesar de ser la menor demanda popular⁽²²⁾ no fue retirado del Acta original, en virtud de la determinación del presidente Roosevelt de contar con un Acta de Seguridad Social integralmente aprobada.

La edad de 65 años se estableció para la jubilación (se pensó que los 60 años sería muy caro y a los 70 demasiado viejos) y se estipuló que el pago de las pensiones se iniciaría en 1942 (cambió a 1940, en el acta de 1939), con la condición de que el trabajador aportara su contribución correspondiente. El OAI se concibió como un seguro contra la pérdida de ingresos y no como una anualidad fija.

Entre los diferentes programas del Acta original, el OAI fue el único de carácter totalmente federal. ⁽²³⁾ Los actuarios, que asesoraron al presidente, por unanimidad, se opusieron a que se desarrollara un sistema por cada estado, con el argumento de que la gran movilidad de la población imposibilitaba en el futuro, estimar la composición de edades de la clase trabajadora en cada estado, por lo cual se hacía necesario instaurar un sistema federal. ⁽²⁴⁾

El capítulo III, estipulaba el otorgamiento de fondos a los estados para la administración de la compensación al desempleo; asimismo especificaba los requerimientos legales que debían reunir los estados antes de recibir estos recursos. La gran flexibilidad de estos requerimientos otorgó a los estados una gran libertad para la formulación de sus leyes. Tal como ocurrió en el capítulo anterior, no se mencionó lo relativo a los impuestos; esto se abordó en el capítulo IX.

Fue muy controvertida la forma que adquirió el seguro del desempleo, de los diferentes proyectos que se presentaron se escogió el plan de Wisconsin, cuya tesis central consistía en el papel preponderante que los estados debían desarrollar en la administración de este seguro. El presidente Roosevelt y el Comité de Seguridad Económica apoyaron con gran vigor este enfoque en oposición a aquellos que se inclinaban por un sistema federal.

El artículo IV se refería a la donación de recursos federales a los estados para los programas de ayuda a niños dependientes (Aid to Dependent Children, ADC). Ya antes existían contribuciones federales para el programa denominado "pensiones para madres solteras o necesitadas", al cual el Tesoro aportaba un tercio del costo de los beneficios, en base a un plan previamente aprobado. Como en la actual ley, no se establecían lineamientos federales para determinar la magnitud de las prestaciones.

Un niño dependiente se define como:

Niño menor de 16 años que ha sido privado del cuidado y protección de sus padres, sea

por muerte, por abandono del hogar o por incapacidad mental; y quien vive con su padre, madre, abuelo, abuela, hermano, hermana, padrastro, madrastra, tío o tía, en una residencia con uno o varios de sus familiares o en su propia casa.

A través de los años se han consignado varias enmiendas al ADC, el límite de edad de dependencia ha aumentado y se han adoptado diversas medidas monetarias a fin de impulsar el trabajo. En 1950 se aprobó pagar las prestaciones a los tutores de los niños dependientes, convirtiéndose el programa en "ayuda a familias con niños dependientes" (Aid to Families with Dependent Children, AFDC). En 1961, los estados ofrecieron dar prestaciones a familias completas, bajo ciertas condiciones. En 1967 fueron aprobadas prestaciones adicionales para enfrentar situaciones de emergencia temporal y a partir de 1981 se ha deliberado mucho sobre el AFDC.

El capítulo V contenía cuatro programas diferentes: el primero fue el resurgimiento del Acta Sheppard-Towner, puesta en marcha de 1921 a 1929, que consistía en la subvención a los estados para la "promoción de la salud de las madres y de los niños". El segundo preveía recursos a los estados para la "ubicación y atención de los niños desprotegidos de servicios médicos y quirúrgicos. El tercero consideraba recursos para la "protección de los marginados sin hogar, de los niños dependientes y abandonados y para los niños en peligro de convertirse en delincuentes". Estos tres programas estuvieron administrados por la Oficina para los Niños y se desarrollaron particularmente en zonas rurales y en áreas fuertemente afectadas por causas económicas. El cuarto programa era de naturaleza diferente, preveía recursos modestos orientados a la difusión y expansión del Acta de 1920, con el propósito de promover en el sector industrial la "rehabilitación vocacional de los trabajadores incapacitados para su reincorporación al empleo". Este programa de ayuda a los niños abandonados y a los ciegos necesitados (capítulo X) fueron los únicos programas establecidos en el Acta para ayuda a los incapacitados.

El capítulo VI preveía recursos para otorgar apoyos a los estados en el establecimiento y mantenimiento de sus servicios de salud pública, incluyen-

do la capacitación de personal en la materia. También se disponían fondos modestos para la investigación de enfermedades y para los problemas de sanidad.

El capítulo VII estipulaba la creación de un Consejo de Seguridad Social, integrado por tres miembros con el propósito de que administrara todos los programas previstos en el Acta de Seguridad Social y analizara e hiciera recomendaciones para mejorar los métodos vigentes de seguridad económica, mediante el seguro social... incluyendo las pensiones de vejez, la compensación del desempleo, la compensación por accidentes y asuntos afines al tema. Esta última frase otorgó autoridad al Consejo de Seguridad Social, para estudiar y crear propuestas sobre el seguro de la salud, al que se abocó una vez aprobada el Acta de Seguridad Social. A pesar de que este Consejo recomendó el seguro de la salud, en el Acta no se hizo ninguna referencia, en virtud de la creencia de que esto podría poner en tela de juicio al Acta en su totalidad.

El capítulo VIII especificaba los impuestos que se debían cubrir al seguro de vejez, como y quienes deberían pagarlos. Los empleados y empleadores debían cubrir el 1% sobre ingresos no mayores de 3 000 dólares, en los años de 1937, 1938 y 1939; este impuesto aumentaría a intervalos de .5% hasta llegar al 3% en 1949. Sin embargo, el Congreso continuamente rechazó este incremento y se mantuvo en el 1% hasta 1950, cuando subió al 1.5%. No obstante, el modelo de contribución igualitaria tanto para empleados como para empleadores, en oposición al de contribuciones por ingresos totales, continúa actualmente. En 1944 el acta fue enmendada para permitir impuestos por ingresos totales, sin embargo esta medida fue rescindida en 1950.

El Comité de Seguridad Económica apoyó las contribuciones al OAI por ingresos totales para iniciar en 1965, pero el presidente Roosevelt quería un sistema de completo autofinanciamiento, con lo cual el Congreso estuvo de acuerdo. En defensa de su posición Roosevelt proclamó: " poner las contribuciones en nómina, otorga a los contribuyentes el derecho legal, moral y

político de cobrar sus pensiones. Con los impuestos así, ningún mal político jamás podrá fragmentar mi programa de seguridad social".⁽²⁵⁾

Dos puntos de este capítulo han tenido consecuencias importantes. El primero relativo a la estipulación de que el impuesto al seguro no está permitido como una deducción de los impuestos por contribuyente, condición que ha permanecido hasta el presente. El segundo, relativo a la previsión de que el Comisionado de los Ingresos Internos "elaboraría y publicaría los reglas y reglamentos para la ejecución de este capítulo". Las decisiones tomadas en 1939 y 1941 declararon como beneficios las donaciones del gobierno y en consecuencia no fueron materia de impuestos federales. En 1983 esto fue modificado para los beneficiarios con mayores ingresos.

El capítulo IX se refería a los impuestos para la administración de la compensación del desempleo. Preveía un impuesto obligado para todos los empleadores del sector industrial o comercial, que tuvieran ocho o más trabajadores. Este método solía demostrar el poder del gobierno federal para la fijación de impuestos y así controlar las acciones de los estados. A partir de aquí el gobierno federal fijó el impuesto por nómina, sin embargo, permitió a los empleados utilizar el impuesto como una compensación en relación a sus pagos para la aprobación del sistema del desempleo. Este método superaba tres problemas existentes en la creación de este seguro. Primero, se resolvía el problema de los estados que no contaban con un sistema de desempleo, ya que todos los trabajadores establecidos tenían que pagar el impuesto; segundo, forzaba a los estados a establecer el sistema del desempleo, ya que si no aprovechaban sus impuestos, estos se irían al Tesoro Nacional y podrían ser utilizados para otros propósitos; y tercero constitucionalmente, el plan parecía impecable. Su utilización fue apoyado por unanimidad de la Suprema Corte mediante una decisión en 1927 relativa al caso de Florida vs. Mellon, en la cual se comprometió el impuesto nacional por herencia, lo que permitió a los individuos aprovechar el impuesto estatal por herencia como una compensación.⁽²⁶⁾ Hacia 1937 todos los estados habían aprobado leyes para el seguro de desempleo.

El impuesto se estableció sobre el 1% de la nómina para 1936, 2% para 1937, y 3% para 1938 (en 1939 los ingresos anuales mayores de 3000 dólares fueron exentos del impuesto). Las prestaciones no podían ser cobradas antes de 1938. Las especificaciones de la tarifa fueron establecidas en función de los empleadores que causaran menor desempleo, quienes pagarían las tarifas mas bajas.

Las condiciones se especificaron cuando un estado no podía denegar la compensación por desempleo, a una persona quien rechazara una vacante por un problema de trabajo, cuando las condiciones del trabajo fueran "sustancialmente menos favorables" que aquellas que obtendrían por un trabajo similar en la comunidad y donde en lo individual podría afiliarse al sindicato de una empresa, renunciar o abstenerse de pertenecer a una organización laboral de *Bona Fide*. Todo el dinero depositado en los fondos para el desempleo más los intereses debían ser utilizados para pagar las prestaciones.

La materia del capítulo X consistía en la ayuda a los ciegos necesitados, única categoría de incapacidad. Tal como ocurre con el OAA, el gobierno federal subvenciona la mitad de los costos de las prestaciones para ayudar a los ciegos necesitados sin importar el monto de los gastos con respecto a cada mensualidad individual excedente a 30 dólares, igualmente cubre la mitad de los costos de administración. Los conceptos de "necesitado" y "ciego" fueron definidos por los estados, además un individuo no podía recibir AB en los períodos en que estuviera recibiendo el OAA.

El capítulo X definía los términos utilizados en el Acta, y estipulaba los detalles de tipo administrativo.

La seguridad social se convirtió en uno de los principales temas de la campaña presidencial de 1936. El candidato republicano, Alfred M. Landon, la atacó diciendo "es un fraude a la clase trabajadora".⁽²⁷⁾ Los ahorros obligados de nuestra clase trabajadora son una mentira cruel". Sin embargo, Roose-

vet ganó ventajosamente y las actitudes favorables respecto de las pensiones de vejez aumentaron rápidamente entre los americanos. El apoyo al OAI -el cual realmente poca gente entendió- fue del 68% según una encuesta de la Gallup realizada a nivel nacional en 1936, este se incrementó sorprendentemente en 1943 al 97% de acuerdo al Centro Nacional de Investigación y Opinión. ⁽²⁸⁾ No obstante, el destino de la seguridad social, aun dependía de su constitucionalidad.

Se produjo un avance evidente en la seguridad social después del 24 de mayo de 1937, día en que la Suprema Corte afirmó en dos decisiones la constitucionalidad del seguro de desempleo (capítulos III y IX) y el seguro de vejez (capítulos II y VIII).

Es importante subrayar que el Acta de 1935 sólo consideraba pensiones para los trabajadores que se jubilaran a los 65 años, sin embargo no se pensaron pensiones para sus viudas o viudos, otros sobrevivientes o dependientes. Esta gran omisión fue reconocida por el Consejo Consultivo de Seguridad Social en 1937-38, cuyas recomendaciones fueron las bases para las enmiendas del Acta en 1939. Estas enmiendas ocuparon 48 páginas frente a las 32 páginas del acta original.

A partir de este momento, la seguridad social se convirtió en un plan de protección familiar, con una estructura como la que hoy conserva, excepto por la incorporación en 1956 del seguro de incapacidad (disability insurance, DI) y del Medicare en 1965.

Las modificaciones de 1939 consistieron en agregar prestaciones para los sobrevivientes y dependientes, que incluyen la esposa mayor de 65 años, los niños menores de 18 años del trabajador jubilado o muerto, el viudo mayor de 65 años, la madre viuda menor de 65 años con hijos menores de 18 años y los padres sobrevivientes mayores de 65 años. Se incorporó también un programa de gastos funerales. Todo esto fue establecido sin un gran costo a largo plazo para el sistema, ya que se redujo la cantidad pagadera

a las personas solteras y se eliminó el derecho de regresar el dinero de los contribuyentes que morían. El fondo del seguro para la vejez se convirtió en el fondo del seguro social para la vejez.

Dentro de las enmiendas de 1939 se añadió una fórmula nueva para calcular las pensiones. De acuerdo con esta fórmula el trabajador se jubilaría con el 40% de sus ingresos -considerando los aumentos en los salarios- y con una esposa elegible, con el 60%. Actualmente los porcentajes son del orden del 40.6 y del 60.3.⁽²⁹⁾ Hoy día es creencia generalizada que la Seguridad Social es más generosa que lo que fue en el pasado, no obstante esto no es tan cierto.⁽³⁰⁾

De 1939 a 1950 no ocurrió gran cosa en la Seguridad Social. "No pasó verdaderamente nada importante" observó Robert Ball.⁽³¹⁾ Las contribuciones y prestaciones aumentaron en relación al incremento del índice de los precios y de los salarios. En 1950 la prestación promedio era de 25 dólares al mes, sólo un cuarto de la población mayor de 65 años recibía pensión por seguro de vejez. En contraste en 1985, el 94% de los trabajadores recibían este seguro y el 95% de los niños y sus madres estaban protegidos por el seguro de sobrevivientes y dependientes.

Por los años cincuentas se originaron varias propuestas para la adopción de un sistema de pensiones de tarifas fijas y de protección para todas las personas mayores de 65 años, a lo que siempre se opusieron los líderes de la seguridad social y nunca llegó a ser votado en el Congreso. Nunca en la historia de la primera mitad de este siglo, había sido tan seriamente atacada la estructura de la seguridad social.

Las enmiendas de 1950 resucitaron la discusión sobre el endeble sistema de seguridad social. Las prestaciones fueron incrementadas en un 77%. El impuesto combinado empleado-empendedor fue aumentado al 3% y se previó aumentarlo al 6% en 1970.

La cobertura fue extendida obligatoriamente hacia nuevas categorías de la población trabajadora. Fueron donados sueldos mensuales de 160 dólares para el servicio en la Segunda Guerra Mundial (más tarde se extendió para el servicio de la posguerra). Algunos cambios en las categorías de las prestaciones fueron adoptados en este año, con lo cual se inicia la tendencia hacia el sistema para ciegos de ambos sexos que hoy tenemos.

El Consejo Consultivo en 1947-1948 recomendó la mayoría de los cambios que fueron adoptados en 1950; propuso un programa limitado para el seguro de incapacidad, pero debido a la fuerte oposición dentro y fuera del Congreso, no fue incluido en 1950.

No obstante en 1954, se produjo un "descongelamiento del problema de la incapacidad" y éste se convirtió en parte de la legislación de la seguridad social, al establecer que el período de incapacidad no podría ser contabilizado para determinar el estado del seguro del trabajador o los montos de sus prestaciones.

El seguro de incapacidad fue finalmente adoptado en 1956 aunque sólo para los trabajadores mayores de 50 años, así el seguro social de vejez se convirtió en el seguro social de la vejez y la incapacidad. En 1960, la edad para acceder a este seguro se modificó y las prestaciones se estipularon también para los dependientes de trabajadores incapacitados.

III

Durante la primera mitad del siglo hubo una gran coherencia en el Seguro Social de Vejez y de Incapacidad (OASDI). La igualdad de las contribuciones para los empleadores y empleados ha permanecido, así como una contribución mayor de los empleados independientes. La concepción de las contribuciones por ingresos totales, prevista para el futuro de la seguridad

social por los arquitectos de este sistema ha sido vigorosamente atacada por el Congreso, en favor del modelo original de autofinanciamiento adoptado en 1935. Esta oposición continuó aun cuando disminuyeron significativamente los fondos a principios de los años ochentas. El mayor énfasis puesto en la adecuación social del gasto individual justo ha permanecido en el monto de la cobertura básica (PIA, Primary Insurance Amount), fórmula adoptada en 1977.

La edad normal de retiro (National Retirement Age NRA) conservó los 65 años, pero la legislación de 1983 establece que sea gradual hasta llegar a los 67 años en el próximo siglo. Las jubilaciones a las edades de 62 a 64 años, con prestaciones reducidas, han estado disponibles para la mujer desde 1956 y para los hombres desde 1961. Las pruebas de ingresos para el retiro se han debilitado debido a las modificaciones en las legislaciones iniciadas a partir de 1939.

Una gran parte de los cambios en el OASDI ocurrieron a partir de la legislación de 1977 y estos fueron de carácter extensivo: aumento de la cobertura, aumento de las categorías de las prestaciones, flexibilidad de la edad para la jubilación, aumento de las cantidades exentas en base a un análisis de los ingresos, aumento de la igualdad social, y aumento de las contribuciones. También se contrajeron algunas modalidades tales como, el reintegro de las contribuciones de reserva (1939), el descongelamiento del beneficio para gastos de funeral y la estructura respecto de los empleados no cubiertos de acuerdo al análisis de sus ingresos. Sin embargo, la legislación de 1977 y particularmente la de 1981 y 1983 introdujeron cambios al interior del seguro social de vejez y de invalidez.

La legislación de 1935 cubría sólo a la fuerza de trabajo empleada en el sector industrial no agrícola y algunos otros, como los ferrocarrileros, estaban protegidos por su propio plan. En 1950 la cobertura obligatoria fue ampliada para cubrir virtualmente a todos los trabajadores del sector privado, a los trabajadores de los gobiernos estatal y locales y a los trabajadores independientes no agrícolas. En 1945 los trabajadores agrícolas independientes

y los empleados de los gobiernos estatales y locales podían ser cubiertos con un sistema de retiro sobre bases selectivas.

En 1956 quedaron amparados obligatoriamente todos los trabajadores profesionistas independientes, con excepción de los médicos, quienes por mandato fueron cubiertos en 1965. La cobertura se amplió en 1983 a los empleados de organizaciones no lucrativas y a todos los empleados federales civiles. El presidente, el vicepresidente, los miembros del Congreso, los jueces federales, y alrededor de 8000 políticos y funcionarios de alto nivel, también fueron cubiertos. Actualmente más del 90% de la fuerza de trabajo está cubierta por el seguro de vejez e invalidez.

Las categorías de las prestaciones empezaron a ampliarse una vez que las primeras fueron pagadas. El Acta de 1935 preveía prestaciones sólo para los trabajadores que se jubilaran a los 65 años. En 1939 se agregaron prestaciones para los sobrevivientes y dependientes de los jubilados previamente declarados. En 1950 los maridos dependientes y viudos se agregaron a las esposas de los trabajadores jubilados de cualquier edad, con hijos menores de 18 años de los trabajadores jubilados. En 1965 se incorporaron prestaciones para estudiantes de tiempo completo de 18 a 21 años y para las casadas y los viudos divorciados, cuyo matrimonio se hubiera celebrado cuando menos 20 años antes (en 1977 se redujo a 10 años).

En 1972 las prestaciones para los dependientes de las viudas y de los viudos se incrementaron en un 100% y se ajustaron a los cambios en la tabla de los precios del consumidor en 1972 para tener efecto en 1975.

Las decisiones tomadas por la Suprema Corte en 1975 y 1977 permitieron la ampliación de las categorías de las prestaciones, se eliminaron las diferencias entre los hombres y las mujeres existentes en el seguro social de vejez e invalidez. La decisión en el caso de Weinberger vs. Wiesenfeld de 1975 otorgaba a los padres con esposas muertas, incapacitadas o retiradas las

mismas prestaciones que a una madre en situaciones semejantes. La decisión de 1977, en el caso *Califano vs. Goldfarb*, eliminó los requerimientos de dependencia para esposos y viudos ancianos bajo el principio de que no existía tal limitación para ancianas casadas o viudas. Decisiones posteriores de los juzgados establecieron que los hombres divorciados recibieran prestaciones en las mismas condiciones que las mujeres divorciadas. Ningún otro sistema de seguridad social en el mundo, salvo el estadounidense está totalmente exento de diferencias entre ambos sexos.

En 1956 las mujeres de 62 a 64 años fueron elegibles para recibir prestaciones reducidas. La primera medida de flexibilidad para la edad de jubilación, se aplicó a las mujeres casadas, viudas, dependientes y trabajadoras, con el inadecuado argumento de que la mujer casada normalmente es más joven que el esposo, lo cual hacía deseable que ambos gozaran de su pensión al mismo tiempo.

La edad elegible para los hombres se modificó en 1961, lo que trajo también como consecuencia una reducción de las prestaciones desde el punto de vista actuarial. En 1972 la legislación permitió un incremento del 1% al PIA por cada año de retiro entre los 65 y 72 años, a fin de implementarlo en el periodo 1990-2009 y solamente aplicable por encima del incremento al NRA.

Desde 1950 la legislación ha incrementado realmente el monto de los ingresos anuales exentos de prueba para el retiro, al disminuir el monto de las prestaciones y ha reducido la edad en la cual ya no se aplica la prueba para el retiro. En 1985 la cantidad anual exenta para las personas mayores de 65 años era de 7 320 dólares, para los menores de 65 años era de 5 400 dólares con la disminución de un dólar de prestaciones por cada dos dólares ganados por arriba del monto exento (se convirtió en tres dólares en 1990). Un monto menor está exento para los trabajadores que reciben seguro de invalidez. En 1950 la edad no sujeta de aplicación de la prueba de exentos era de 75 años, en 1955 fue de 72 y en 1980 de 70.

El porcentaje de las contribuciones a la nómina para el OASDHI, ha aumentado notablemente desde que fueron cobrados por primera vez en 1937. Desde 1949 la tasa fue del 2% sobre los primeros 3 000 dólares de ingresos (el empleado y el empleador aportaban respectivamente el 1%). En 1985 la tasa combinada empleadores-empleados aumentó al 14.1% sobre ingresos de 39, 600 dólares. El máximo impuesto combinado al seguro de vejez para el empleador-empleado fue de 60 y 30 dólares respectivamente, durante el período 1937-1949. El máximo impuesto del OASDHI en 1985 fue de 5,583.60 dólares para el empleador-empleado y de 2 791.80 dólares para cada uno de ellos. En la ley actualmente está programado un incremento gradual a la tasa de contribuciones hasta llegar en 1990 a un 15.3%, para ello el ingreso base debe aumentar gradualmente en base al promedio de ingresos. La distribución financiera para los tres fondos es la siguiente:

	OASI	DI	HI	TOTAL
1985	11.4	1.0	2.7	14.1
1990 en adelante	10.2	2.2	2.9	15.3

A principios de 1974 los Estados Unidos de América -como cualquier otra nación industrializada- experimentó altas tasas de inflación, combinadas con desempleo y recesión económica, lo que originó efectos imprevistos y desastrosos para los fondos del OASDI. Las utilidades mostraron un relativo decline al mismo tiempo que aumentaron los costos de los programas. Se produjo un fuerte viraje en el programa de jubilación por motivos de desempleo e incapacidad. En 1977 el Congreso reaccionó revirtiendo el modelo expansionista de las décadas anteriores.

Como consecuencia del alza rápida de la inflación de los setentas, se hizo claro

adoptó en 1977 que redujo el desplazamiento de radios en aproximadamente un 7% para las personas nacidas en y después de 1917. Esta fórmula, contó con el apoyo de los expertos de la seguridad social, de la opinión informada y del Congreso, ya que la fórmula inicial se había considerado como un error. La nueva fórmula se consideró como una liberación por los "notch babies" nacidos entre 1917 y 1922, quienes con ingresos similares recibían realmente pensiones menores que aquéllos nacidos años después.

Algunas otras liberaciones se dieron con las enmiendas de 1977. Las prestaciones mínimas se congelaron a 122 dólares en diciembre del mismo año. Las pruebas mensuales de ingresos fueron sustituidos por un prueba anual, se liberó a personas con ganancias relativamente altas en algunos meses. Se estableció una pensión gubernamental compensatoria para las esposas con pensiones federales, estatales o municipales, a surtir efecto en diciembre de 1982.

En 1980 legalmente se establecieron prestaciones para los incapacitados por medio de una prestación familiar, menor a la que ya existía para la jubilación o muerte del trabajador. Esta medida se tomó conforme el Sr. Robert J. Myers, ya que se partía de la idea de que las prestaciones relativamente altas "podrían desanimar a los trabajadores incapacitados en su rehabilitación y en consecuencia se elevarían los costos de los programas".⁽³²⁾

Las enmiendas a la seguridad social de 1981 y 1983 se deliberaron mucho más que cualquiera de las primeras leyes, sin embargo fueron menores a la luz de las que propuso la Administración Reagan durante su primer año. Las principales disposiciones firmadas por el presidente Reagan en agosto de 1981, relativas al OASDI fueron las siguientes:

1. Las prestaciones para jóvenes de 18 a 21, estudiantes de tiempo completo fueron modificadas.
2. Las prestaciones mínimas fueron otorgadas a nuevos contribuyentes y para aquellos que ya estaban en la nómina. Esto fue cambiado pos-

- teriormente para ser aplicada sólo a las prestaciones solicitadas en 1982.
3. Las prestaciones para las madres y los padres terminan cuando el niño cumple los 16 años (antes era a los 18 años).
 4. Los montos de las prestaciones se redondearon al céntimo próximo más bajo en cada paso de la aplicación de la fórmula PIA y hacia el dólar mas bajo al final del paso.
 5. Un gran dispositivo de incapacidad se introdujo en todas las prestaciones de incapacidad incorporados en los programas federales, estatales, públicos y locales, en los cuales no se podía exceder del 80% de ingresos anteriores.⁽³³⁾

Las deliberaciones de la legislación de 1983 que resolvieron exitosa y tranquilamente la caída de los fondos del OASDI, consistieron en lo siguiente:

1. La tasa del impuesto al OASDI se incrementó en un .3% tanto para los empleadores como para los empleados y parte del incremento para 1990 fue transferido a 1988.
2. Los ajustes del costo de la vida fueron adelantados seis meses de acuerdo al calendario anual, efectivo para 1983.
3. Los receptores de altas utilidades pagaron impuestos federales por arriba de la mitad de sus prestaciones.
4. Las tasas para el OASDI de los empleados independientes se incrementaron hasta llegar a ser iguales al de la tarifa combinada empleador-empleado, puestas en marcha en 1984.
5. Una prohibición sobre la terminación de las unidades del gobierno estatal y local para la cobertura después de haber elegido la cobertura se convirtió en estatuto.
6. La fórmula para las prestaciones se modificó, con objeto de otorgar menores prestaciones a aquellas personas con pensiones altas, no cubiertas por su empleo, sino por otros medios.⁽³⁴⁾

Todos estos antecedentes ilustraron las deliberaciones, sin embargo fueron menores, tomando en consideración la magnitud de las pro-

puestas emanadas de la Administración Reagan en la primavera de 1981.⁽³⁵⁾ Las más importantes de estas propuestas fallidas fueron las relativas al incremento de nuevas pensiones por debajo del aumento de los salarios para los años 1982-1986; reducción del promedio de las prestaciones, del 80 al 55% del PIA, para los jubilados a los 62 y 64 años. Disminución de las prestaciones máximas para las familias de los retirados y de los incapacitados; eliminación de las prestaciones de los niños dependientes de los trabajadores jubilados entre los 62 y los 64 años; y el retraso de los ajustes automáticos por el costo de la vida, de julio a octubre en 1982 y en los años subsecuentes.

Tomando en consideración que 1981 fue un año precedido por la mitad de una década en crisis, en relación a los fondos del OASDI y en el que, el prestigio de la Administración Reagan llegó a su más alto punto, los cambios ocurridos en el OASDI sólo pueden ser considerados como menores y periféricos respecto del contenido de los programas.

Las dos más importantes deliberaciones dieron como resultado los ahorros más importantes: la eliminación de las prestaciones para los estudiantes de 18 a 21 años y la eliminación de la prestación mínima, enfocada originalmente a los trabajadores de bajos ingresos. Las administraciones de los presidentes Carter y Ford intentaron infructuosamente suprimir las prestaciones para los estudiantes, en virtud de su alto costo y de la existencia de diferentes programas federales de ayuda a los estudiantes instituidos previamente al programa del OASDI.

A fines de 1981 después de que el Presidente Reagan había postergado sus propuestas sobre la seguridad social, anunció la creación de una Comisión Nacional para las Reformas a la Seguridad Social, ⁽³⁶⁾ con objeto de plantear reformas y encontrar solución a dos grandes problemas: la diferencia financiera faltante originada por la crisis de los ochentas y la falta de recursos para cubrir la jubilación de las personas nacidas entre 1940 y 1965, la cual tendrá lugar a principios de la segunda década del próximo siglo.

Esta Comisión estuvo compuesta por personas que desconfiaban del sistema, por aquellas que apoyaban las políticas de expansión, las de moderación y los que abogaban por la reducción. El que la Comisión haya aprobado doce de tres paquetes integrados por ocho propuestas cada uno, significó una notable excepción, en relación al bajo consenso alcanzado por comités anteriores abocados a hacer recomendaciones sobre el sistema de seguridad social.

Ya la Comisión Nacional sobre Seguridad Social, encargada de la enmiendas de 1977 y de investigar todos los aspectos de la seguridad social y de sus programas respectivos, en su informe de 1981 había fallado en favor de la importancia de lograr consenso sobre algunos de los grandes temas, tales como, la edad para la jubilación con todas sus prestaciones, los ajustes del costo de la vida y los ingresos para su financiamiento. Los Consejos Consultivos de Seguridad Social también habían adoptado esta posición.

Donde realmente existe poco consenso entre los expertos (políticos, planificadores, economistas y actuarios) es en la naturaleza y futura dirección del OASDI, como lo observó hace un año Alicia H. Munell, al resumir el trabajo sobre "El futuro de la Seguridad Social" presentado en la Conferencia de la Institución Brookings" :

Un conferencista caracterizaba a los participantes de la Conferencia como proverbiales hombres ciegos sintiendo el elefante, todos poseían sus propios puntos de vista sobre lo que es el programa de seguridad social. Sin embargo, los participantes tenían más dificultades que los hombres ciegos, porque se les pidió no sólo que definieran el programa actual de seguridad social, sino los objetivos que éste debería tener en el futuro. La analogía preliminar fue realmente profética, los participantes manifestaron desacuerdos substanciales sobre el papel de la seguridad social, la estructura de aplicación de las prestaciones y sobre el como debería ser financiado. Las diferentes recomendaciones derivaron de las diferentes percepciones que tenían los participantes sobre el elefante.⁽³⁷⁾

La falta de consenso sobre los objetivos y propósitos de nuestro sistema de seguridad social siempre ha existido entre los expertos, y culmina con la creación de la Comisión Nacional para las Reformas de la Seguridad Social, quien preparó el camino para las enmiendas de 1983, las cuales tuvieron un éxito notable. A pesar de los expertos, la gran

mayoría de los estadounidenses continúan financiando la seguridad social. ⁽³⁸⁾

Los fondos del OASDI actualmente están definidos y bien proyectados para muchos años, aún en condiciones económicas pobres. Sin embargo, la comunidad estadounidense ha sido atemorizada con la predicción de la "bancarrotas de la seguridad social" lo cual durante muchos años no ha sido creíble. Al analizar la observación hecha por Claire Longden, planificadora financiera de la empresa de Filadelfia Butcher & Singers, a fines de 1985 "No tenemos conocimiento sobre donde estaremos en 10 años.... por ejemplo, existe una gran incredulidad en la seguridad social, no estoy segura si esta creencia permanecerá en los próximos ocho o diez años. Si me equivoco sería maravilloso, si tengo razón podría ser desastroso". ⁽³⁹⁾

Los ingresos y los egresos futuros del OASDI dependerán de factores económicos y demográficos, así como de condiciones económicas como la inflación, el empleo, la mortalidad y la fertilidad. Cuatro escenarios alternativos, fueron preparados para enfrentar la Administración de la Seguridad Social y el estado financiero futuro del OASDI. Dos de ellos, el II-A y el II-B llamados "intermedios" utilizan enfoques demográficos, pero el segundo presume un crecimiento económico menor. La opción I es designada optimista y a la III se le denomina pesimista.

En la alternativa II-B se estima que los costos serán mas bajos que los ingresos durante un tercio de siglo. Harry C. Ballantyne, jefe de la Oficina de Actuaría de la Administración de la Seguridad Social, escribió sobre el estado de los fondos del OASDI y del DI en un período de 75 años de 1985 a 2060: "Durante la primera mitad de este período, las estimaciones indican que los ingresos en general excederán los egresos, lo que producirá excedentes anuales. Después del 2020, se sucederá el fenómeno a la inversa, los egresos serán mayores a los ingresos lo que producirá grandes déficits". ⁽⁴⁰⁾

En virtud de los sanos prospectos de los fondos del OASDI, es improbable que se den cambios básicos en el sistema. La seguridad Social cuenta con el

público más grande que cualquier otro tema de política local, y la gran mayoría de este público apoya lo básico del programa existente. En 1977, durante la presentación de las Enmiendas a la Seguridad Social en la Cámara de Diputados, Al Ullman, Presidente del Comité de Medios y Arbitrios, previno que ya no habría "deliberaciones suaves sobre la seguridad social".⁽⁴¹⁾ Podría decir que actualmente no se discutirá sobre el futuro de la seguridad social a menos y hasta que uno de sus postulados se pueda definir en crisis y esto es improbable.



CAPITULO II

PROGRAMAS DE SEGURO SOCIAL

SEGURO DE VEJEZ, MUERTE E INCAPACIDAD

El programa nacional de seguro "OASDI", Seguro de Vejez, Muerte, e Incapacidad (Old Age, Survivors, and Disability Insurance) por lo general llamado "Seguridad Social" es el más extenso en los Estados Unidos de América para conservar el nivel de ingresos. Basado en los principios del seguro social, este programa ofrece pensiones mensuales en efectivo para sustituir, parcialmente, los ingresos que un trabajador(a) o su familia pierden cuando el trabajador se jubila por edad avanzada, muere, o sufre incapacidad severa. La cobertura es casi universal: alrededor del 95 por ciento de los trabajadores en el país están protegidos por este programa. Los trabajadores asegurados y los trabajadores independientes pagan cuotas de Seguridad Social sobre sus ingresos que, junto con las cuotas de los patrones por la misma cantidad, proporcionan la mayor parte de los ingresos para financiar las pensiones y gastos administrativos.

En 1992, alrededor de 132.9 millones de individuos estaban involucrados en trabajos cubiertos por el programa de Seguridad Social. A finales de 1992, cerca de 41.5 millones de personas recibían pensiones en efectivo por un total de aproximadamente US\$24,400 millones mensuales. Estos beneficiarios incluían 29.3 millones de trabajadores jubilados y los miembros dependientes de sus familias, 7.3 millones de sobrevivientes de trabajadores fallecidos, y 4.9 millones de trabajadores discapacitados y los miembros de sus familias. Para la gran mayoría, el programa de Seguridad Social es una fuente importante de los ingresos por concepto de jubilación: en 1988, por lo menos la mitad de los ingresos de 3 de cada 5 beneficiarios mayores de 65 años tenían como base sus pensiones del programa de Seguridad Social. Es también una fuente importante de ingreso constante para sobrevivientes jóvenes de trabajadores fallecidos: el 95 por ciento de hijos menores y sus padres sobrevivientes fueron elegibles para recibir pensiones en caso de muerte del jefe de familia. Finalmente, 4 de cada 5 personas de 21 a 64 años están protegidos en caso de que el trabajador sufra discapacidad severa prolongada.

Eventos significativos.- Conforme a la ley de 1935, los trabajadores del sector comercial e industrial obtendrían pensiones de jubilación a través de trabajos cubiertos por el sistema. Las pensiones serían financiadas por cuotas sobre nóminas pagadas por los trabajadores y sus patrones sobre sueldos y salarios hasta la cantidad de US\$3,000 anuales (el sueldo base). Las pensiones mensuales serían pagaderas a la edad de 65 años a los trabajadores con una cantidad mínima especificada de sueldos acumulados en trabajos cubiertos. También variaba la cantidad de las pensiones a pagar conforme a los ingresos acumulados por el trabajador asegurado. Las personas que continuaban trabajando después de los 65 años de edad, no eran elegibles para obtener pensiones hasta dejar de percibir ingresos. Los reembolsos de sumas globales, por cantidades hasta cierto punto mayores que las cuotas totales pagadas por los trabajadores fallecidos, se pagarían en los pliegos testamentarios de los trabajadores que fallecieran antes de los 65 años de edad o antes de recibir las pensiones. Se programó iniciar la recaudación de cuotas a partir de 1937, pero las pensiones mensuales serían pagaderas hasta 1942.

Antes de que el programa del seguro por vejez estuviera realmente vigente, se adoptaron cambios importantes basados en las recomendaciones del primer Consejo Consultor de Seguridad Social. En 1939, el Congreso expandió de manera significativa el programa del seguro de vejez, extendiendo las pensiones mensuales a los dependientes y sobrevivientes de los empleados. Después de 1936, se cambió también la base para calcular las pensiones: de ingresos acumulados durante la vida de trabajo activo a ingresos mensuales promedio en trabajos cubiertos, lo que hizo factible el pago de pensiones razonablemente adecuadas a muchos trabajadores, en aquel entonces acercándose a la edad de jubilación, y a sus dependientes. Además, la ley de 1939 estableció el concepto de "trimestre de cobertura" como la base para medir si un individuo tenía un trabajo adecuadamente cubierto para calificar para una pensión. De igual manera los individuos que seguían trabajando después de los 65 años de edad tenían derecho a pensión total, siempre y cuando sus ingresos no excedieran una cantidad especificada. De acuerdo con las reformas de 1939 las pensiones mensuales empezarían a pagarse en 1940 en vez de

1942, como había sido planeado originalmente.

No hubo cambios importantes en el programa desde 1940 hasta 1950, los niveles de las pensiones aumentaron de manera importante, el salario base se incrementó, y un nuevo programa de aumentos graduales a las tasas de cuotas fue proporcionado por la ley. La cobertura se amplió para incluir trabajos anteriormente excluidos -en algunos casos porque se necesitaba experiencia para desarrollar procedimientos para reportar los ingresos y cobrar las cuotas de trabajadores en ciertos grupos ocupacionales-. Entre los grupos cubiertos por las reformas de 1950 se encontraban los trabajadores domésticos y agrícolas contratados regularmente y los autoempleados, con excepción de agricultores y profesionistas. La cobertura estaba disponible sobre una base de grupo voluntario para trabajadores de los gobiernos locales y estatales no cubiertos por los sistemas de jubilación de empleados públicos, y empleados de organizaciones no lucrativas.

Al extenderse la cobertura del programa en 1950 la Ley fue reformada para permitir que los ingresos mensuales promedio de un trabajador fueran calculados sobre la base de sus ingresos después de 1950. Se otorgó una consideración similar a los grupos recién cubiertos por el programa de 1954 y 1956 (incluyendo a los miembros de las Fuerzas Armadas, la mayoría de profesionistas autoempleados, y los trabajadores al servicio de los gobiernos locales y estatales cubiertos por un sistema de jubilación de acuerdo con ciertas condiciones) estipulando que los cinco años de ingresos más bajos fueran eliminados del cálculo de ingresos promedio. Para asegurarse que las personas ya cubiertas por el programa no fueran tratadas menos favorablemente que los grupos recién cubiertos, estas estipulaciones especiales se pusieron a disposición de todos los trabajadores asegurados después de 1950, independientemente de la fecha de su incorporación al programa. De manera semejante, se cambiaron los requisitos de los trabajos cubiertos para relacionar el total de trabajo requerido a la expectativa del tiempo que un trabajador pudiera acumular después de 1950; la liberación de los requisitos de trabajo (sobre una base a corto plazo) tuvo lugar al mismo tiempo que las extensiones

de cobertura conforme a las reformas de 1954 y 1956.

El alcance del sistema nacional básico de seguro social se amplió de manera significativa en 1956, a través de la adición del programa DI -Seguro de Incapacidad- (Disability Insurance). Se proporcionaron pensiones mensuales en efectivo para trabajadores incapacitados entre los 50 y 64 años de edad, con incapacidades serias de "duración indefinida o prolongada" y para jóvenes incapacitados -en caso de discapacitación previa a los 18 años de edad, extendida posteriormente a 22 años- hijos de empleados jubilados o fallecidos. En 1958 la ley fue reformada una vez más para dar pensiones a dependientes de trabajadores incapacitados, similares a las pensiones proporcionadas a los dependientes de trabajadores jubilados.

En 1960 se eliminó el requerimiento de 50 años de edad para el pago de pensiones a trabajadores incapacitados y empezaron a pagarse a cualquier edad antes de los 65 años. Las reformas de 1956 estipulan un período de prueba de trabajo, mismo que fue liberado por las reformas de 1960. Las modificaciones de 1965 cambiaron la definición de incapacidad para permitir que una persona seriamente incapacitada pudiera calificar en caso de esperarse que su impedimento durara por lo menos 12 meses. Las reformas de 1967 establecen pensiones de incapacidad para ciertas viudas y viudos incapacitados después de los 50 años de edad.

Durante este período se hicieron reformas adicionales a las disposiciones de financiamiento y pensiones del seguro OASDI, Seguro de Vejez, Muerte y Discapacidad- (Old-Age/Survivors, and Disability Insurance). La edad de elegibilidad para recibir las pensiones por jubilación se redujo de 65 a 62 años de edad para mujeres en 1956 y para hombres en 1961 -las pensiones solicitadas antes de los 65 años se redujeron tomando en cuenta que tienen que pagarse durante más tiempo. En el curso de los años 1950 y 1960, se introdujeron otras categorías de pensiones a dependientes y sobrevivientes. Las condiciones para recibir dichas pensiones se cambiaron gradualmente, de manera que fueran elegibles personas adicionales y que los dependientes y los

sobrevivientes de las trabajadoras pudieran calificar bajo circunstancias similares a las de los trabajadores. Así mismo, la comprobación de ingresos -la disposición que limitaba la cantidad de pensiones por pagar para personas con ingresos considerables- se modificó para tomar en cuenta a las personas con trabajos no cubiertos o ingresos basados en el autoempleo.

Sin embargo, en 1972 se planteó la preocupación de que los beneficiarios seguían siendo vulnerables a pérdidas severas de su poder adquisitivo durante los ajustes de pensiones. En ese mismo año, el Congreso aprobó aumentar las pensiones en un 20 por ciento -que significó un aumento real en el poder adquisitivo de las pensiones- y fijó aumentos automáticos y anuales a las pensiones, ajustados al índice del costo de vida equivalentes al aumento del IPC (Índice de Precios al Consumidor) cada vez que el IPC aumentara por lo menos un 3 por ciento. El sueldo base y la cantidad máxima que un beneficiario pudiera ganar antes de sufrir una reducción en sus pensiones (cantidad exenta de la comprobación de ingresos) estaría sujeta también a los aumentos automáticos en base a los incrementos a los salarios promedio. Las reformas de 1972 también crearon el derecho por jubilación diferida, aumentando los importes iniciales de pensiones a las personas que diferían sus derechos o seguían percibiendo ingresos mayores a la cantidad exenta conforme a la comprobación de jubilación después de llegar la edad normal de retiro (actualmente 65 años de edad).

Las reformas de 1977 dieron lugar a cambios importantes en las disposiciones del cálculo de pensiones de la Ley de Seguridad Social. Según las reformas de 1972, los niveles futuros de las pensiones iniciales respecto a los ingresos pre-retiro -o tasas de sustitución- dependían del comportamiento de la economía. Bajo condiciones de inflación relativamente alta o de ingresos reales bajos, los ajustes de salarios según el índice del costo de vida podrían ocasionar el incremento de las tasas de sustitución. Ambas condiciones continuaron después de la crisis de energéticos de 1973. Las reformas de 1977 sustituyeron la fórmula de pensiones, técnicamente errónea, por una nueva fórmula de pensiones para los trabajadores que cumplieran 62 años de edad, se incapacitaron

taran o murieran de 1979 en adelante. (Una fórmula alternativa temporal puede aplicarse a los trabajadores que cumplan 62 años de edad durante el período 1979-1983, si obtienen mayores pensiones).

Conforme a las reglas aprobadas en 1977, los ingresos percibidos en períodos anteriores se actualizan o "indexan" para tomarse en cuenta en los cambios del sueldo anual promedio en la economía a partir de que fueron devengados. En contraste con las reglas anteriores, los ajustes a salarios conforme al costo de vida ahora sólo se aplican hasta después de que una persona es elegible para recibir pensiones; la fórmula de la pensión también se actualiza automáticamente para reflejar los cambios en el nivel general de sueldos. Estos cambios aseguran tasas estables de sustitución a través del tiempo. Las reformas de 1977 estipularon también los aumentos en las tasas de impuestos y la base de sueldos para mejorar la estabilidad financiera del programa.

Las reformas de incapacidad de 1980 contenían una serie de estipulaciones diseñadas para eliminar la falta de incentivos de los incapacitados en su trabajo y para mejorar la administración del programa. Se requerían que la elegibilidad continúa de los beneficiarios del Seguro de Incapacidad, con incapacidades no permanentes fuera revisada por lo menos cada tres años.

A fines de los años 1970 y principios de los 1980 los costos de pensiones aumentaron rápidamente con motivo de la inflación, mientras que las cuotas sobre nóminas disminuyeron debido al lento crecimiento de sueldos y alto desempleo. El resultado de una crisis financiera a corto plazo junto con una mayor conciencia de un problema a largo plazo, causado básicamente por menores tasas de nacimiento y mayores expectativas de vida, dieron lugar a la formación de una Comisión Nacional de Reforma a la Seguridad Social a fines de 1981. Las Reformas a la Ley de Seguridad Social de 1983, conforme a las recomendaciones de esta Comisión bipartita, incluyen una serie de cambios para aumentar los ingresos del programa: Se anticiparon las fechas para aplicar los aumentos de tasas de impuestos programados en la ley anterior para empleados

y patrones, se aumentaron de manera permanente las tasas de cuotas para autoempleados, y se incluyeron como gravables hasta la mitad de las pensiones a ciertos beneficiarios de ingresos altos. Los ingresos correspondientes son asignados a los Fondos del Fideicomiso del Seguro de Incapacidad y al Seguro de Vejez/ Muerte e Incapacidad. Además se extendió la cobertura para incluir a los empleados civiles federales contratados después del día 31 de diciembre de 1983 y a todos los empleados de organizaciones no lucrativas. Para resolver la perspectiva a largo plazo del sistema, el Congreso aprobó un aumento gradual de la edad de elegibilidad para pensiones totales, de 65 a 66 años para trabajadores que cumplan 62 entre 2000-2005, y de 66 a 67 años para aquéllos que cumplan 62 entre 2017-2022. A los 62 años se seguirá disponiendo de pensiones reducidas actuarialmente, pero con una mayor reducción que bajo la ley anterior.

En 1984 los ajustes adicionales a los cambios realizados en 1980 se aprobaron como Reformas a las Pensiones a Incapacitados de la Ley de Seguridad Social. Estas reformas establecieron una norma de mejoras médicas para determinar si los pagos de incapacidad a un beneficiario pueden suspenderse cuando el o ella dejan de estar incapacitados.

El Congreso eliminó en 1986 el requerimiento de que el IPC tenía que aumentar por lo menos 3 por ciento para poder aplicarse el aumento de la pensión por ajuste al costo de vida. De acuerdo con la ley de 1986, cualquier aumento del IPC en el período de medición de los doce meses anteriores requiere de un aumento de las pensiones por un porcentaje equivalente, aplicable a las personas elegibles para recibirlas.

A partir de entonces, las reformas a la Seguridad Social incluidas en las Leyes Globales (Omnibus) de Conciliación de Presupuesto de 1987, 1989, y 1990, así como en la Ley de Ingresos Misceláneos y Técnicos de 1988, dieron lugar a mejoras de tipo administrativo y técnico del programa. Por ejemplo, la cobertura se expandió para incluir a miembros de la reserva militar, además

de trabajadores adicionales del gobierno local y estatal, además de trabajadores adicionales agrícolas. Se liberaron también los requisitos de elegibilidad para ciertos menores adoptivos y la definición de discapacidad para viudas(os), y se consolidaron y simplificaron métodos de cálculo anticuados y poco utilizados. Así mismo se aprobaron algunos requerimientos asociado con el servicio al público y protecciones para los beneficiarios que no pueden manejar sus propias pensiones.

La Ley Colectiva (Omnibus) de Conciliación de Presupuesto 1993 proporcionó hasta el 85% de las prestaciones para ciertos contribuyentes de mayores ingresos que serían incluidos en el ingreso gravable.

Principales programas

Ciertos principios básicos han sido observados a través del desarrollo del programa OASDI -Seguro de Vejez o Edad Avanzada, Muerte e Incapacidad.

Trabajo asociado.- La seguridad económica del trabajador(a) como para su familia depende de la historia de trabajo de cada uno de ellos. El derecho a recibir pensiones se basa en la historia de trabajo del trabajador(a), y la cantidad de pensiones en efectivo que el trabajador(a) y su familia reciban está relacionada con los ingresos percibidos en los trabajos cubiertos. En general, entre mayor la cantidad promedio de ingresos gravables del trabajador mayor será la protección.

Comprobación de falta de recursos.- Las pensiones son un derecho adquirido por el trabajador(a) asegurado(a) y se otorgan sin importar si existen otros ingresos por concepto de ahorros, pensiones, seguro privado o cualesquiera otras formas de ingresos ajenos al trabajo. Un trabajador(a) sabe que no tiene que comprobar falta de recursos para recibir una pensión. Por otro lado, la falta de comprobación de recursos da lugar a establecer una protección adicional para el trabajador(a) y su familia sobre las mismas bases en que se proporcionan las pensiones de la seguridad social.

Cotizaciones.- El concepto de un derecho adquirido se fortalece por el hecho de que los trabajadores pagan cuotas a la seguridad social para financiar las pensiones actuales. Este programa con base en cotizaciones estimula una actitud responsable hacia el mismo. Saber que el financiamiento de este programa y de las mejoras al mismo dependen de las cuotas sobre seguridad social que el trabajador(a) paga lo estimulan a tener un interés creado sobre la solidez del programa.

Cobertura obligatoria universal.- Otro principio importante es -con muy pocas excepciones - la cobertura universal y obligatoria. De la misma manera que los sistemas de seguros privados, la extensión de los riesgos asegurados entre el grupo más amplio posible ayuda a estabilizar el costo de la protección para cada uno de los participantes y se reducen las posibilidades de fluctuaciones al azar. Además es deseable tener una cobertura universal para un sistema de seguro social porque virtualmente asegura una base de seguridad económica a todos los miembros de la sociedad.

Derechos definidos en la ley.- Un principio adicional es el que se refiere a los derechos que una persona tiene a recibir pensiones del programa de Seguridad Social -cuánto recibe y bajo qué condiciones- claramente definidos en la ley y relacionados en general con hechos que pueden ser determinados objetivamente. Por lo tanto, el criterio administrativo está sumamente limitado. Una persona que cumple las condiciones de la ley tiene derecho a recibir sus pagos. Si un(a) solicitante no está satisfecho(a) con una decisión, puede apelar a los tribunales después de haber agotado todas las apelaciones administrativas.

Cobertura

La Ley de la Seguridad Social de 1935 cubría únicamente a los trabajadores del sector comercial e industrial, sin incluir al sector agrícola. Desde 1935, la cobertura se extendió para incluir empleos adicionales. En la actualidad, el programa del Seguro de Vejez, Muerte e Incapacidad (OASDI) tiene una

cobertura casi universal. Alrededor del 95 por ciento de los trabajos en este país están cubiertos por este programa, en comparación con menos del 60 por ciento cuando se inició en 1937. La cobertura es obligatoria a excepción de algunas disposiciones especiales aplicables sólo a algunos tipos de trabajo. La gran aplicabilidad y la naturaleza obligatoria del programa son esenciales para su eficacia, para evitar dependencia y escasez, así como para asegurar protección continua a los trabajadores estadounidenses y a sus familias durante todas las fases de sus carreras laborales.

Casi todo el trabajo desempeñado por los ciudadanos y no ciudadanos, independientemente de edad o sexo, está cubierto si se realiza dentro de los Estados Unidos de América (mismo que para efectos de la Seguridad Social incluye a Samoa, Guam, las Islas Marianas del Norte, Puerto Rico y las Islas Vírgenes).

Además, el programa cubre trabajos realizados fuera de los Estados Unidos de América por ciudadanos norteamericanos o a los residentes extranjeros que están: (1) empleados por un patrón norteamericano, (2) empleados por un afiliado extranjero de un patrón norteamericano que decida asegurar a sus empleados, o (3) autoempleados bajo ciertas circunstancias. En general, se cubre a los individuos que trabajan en barcos o aviones norteamericanos fuera de los Estados Unidos independiente de la ciudadanía del trabajador.

La mayoría de los trabajadores excluidos de esta cobertura pertenecen a cuatro categorías principales: (1) Empleados civiles federales que fueron contratados antes del 1º de enero de 1984, (2) trabajadores ferrocarrileros (que están cubiertos por el sistema de jubilación de los trabajadores de ferrocarriles, coordinados con la Seguridad Social), (3) ciertos empleados de los gobiernos locales y estatales, (4) trabajadores domésticos y trabajadores agrícolas cuyos salarios no cumplen con algunos requerimientos mínimos (los trabajadores del sector comercial e industrial están cubiertos sin importar el monto de los salarios) y (5) personas con ingresos netos muy bajos derivados de autoempleo (en general menos de US\$400 anuales). Los grupos restantes, excluidos por ley

de dicha cobertura, son muy pocos. Como ejemplo podemos citar algunos extranjeros no-inmigrantes, no-residentes, temporalmente en los Estados Unidos para desempeñar las funciones para las cuales fueron admitidos (enseñanza, aprendizaje, o investigaciones). También se excluyen ciertos empleos familiares (como trabajo de menores de 18 años contratados por sus padres).

Los empleados de los gobiernos locales y estatales que no están dentro del sistema de jubilación están cubiertos, de manera obligatoria, por la Seguridad Social. Los que tienen un sistema de jubilación pueden estar cubiertos por convenios entre los Estados y el Secretario de Salud y Servicios Humanos. Cada Estado decide cuáles grupos de empleados elegibles, estarán cubiertos conforme a las disposiciones de la ley federal para protegerlos bajo el programa OASDI. Se prohíbe a los estados dar por terminados dichos convenios de cobertura. Actualmente, más de tres cuartas partes de los trabajadores locales y estatales están cubiertos.

Los servicios profesionales de los ministros, los miembros de órdenes religiosas que no han hecho votos de pobreza, y los miembros de Christian Science, están cubiertos automáticamente por las disposiciones aplicables a los autoempleados, excepto si se reclama alguna exención sobre bases de conciencia o principios religiosos. Las órdenes religiosas cuyos miembros hayan hecho voto de pobreza pueden decidir, de manera irrevocable, inscribir a los miembros de su orden como empleados.

El sueldo base de los miembros uniformados del servicio militar, está cubierto desde 1957, conforme a las disposiciones de la ley sobre cotizaciones regulares. Además, se les proporcionan préstamos a cuenta de sueldos sin intereses, hasta US\$1,200 anuales para el pago de servicios recibidos en especie, como casa, alimentos y servicios médicos.

A los veteranos se les proporcionan también, con ciertas restricciones, préstamos a cuenta de sueldos sin intereses de US\$160 mensuales por cada mes

de servicio militar activo prestado de septiembre de 1940 hasta diciembre de 1956. Por lo general, estos préstamos a cuenta de sueldos no aplican si tienen otras pensiones federales a sobrevivientes o por jubilación normal (excepto pensiones de la Dirección General de Veteranos) basadas en el mismo período de servicio. Sin embargo, los individuos que continuaron en el servicio militar después de 1956, reciben préstamos por servicios durante el período 1951-56, aún cuando dichos servicios se usen también para calcular las pensiones a que tienen derecho por servicios militares. Los fondos del fideicomiso de la Seguridad Social son reintegrados de los ingresos federales generales para financiar los préstamos a cuenta de los sueldos sin intereses.

Elegibilidad a Pensiones

Condición de asegurado.- Para que un trabajador(a) adquiera derechos al pago de pensiones y pagos a miembros elegibles de su familia o sobrevivientes, debe comprobar su vinculación con la fuerza de trabajo durante un período de tiempo específico en un empleo o autoempleo cubierto. En general, este tiempo de empleo cubierto se refiere al tiempo que puede esperarse que una persona haya trabajado bajo la protección del programa, sujeto a un requerimiento máximo de 10 años y mínimo de 1 1/2 años. Los que cumplan 62 años de 1992 en adelante, tendrán que acumular créditos o derechos por 10 años de trabajo como empleados asegurados para tener derecho a las pensiones de jubilación.

El tiempo que una persona debe trabajar en empleos cubiertos por el programa para tener derecho a recibir pensiones se mide por derechos o créditos acumulados en el programa de Seguridad Social. Un trabajador puede acumular hasta cuatro créditos por año, dependiendo de los salarios que haya percibido anualmente como trabajador asegurado. En 1994, se otorgaba un crédito por cada US\$620 de salarios cubiertos. El monto de los ingresos se actualiza una vez al año, basado en los aumentos a sueldos promedio.

El trabajador debe estar totalmente cubierto por el programa para tener derecho a la mayoría de las pensiones. Una persona totalmente asegurada es aquella que, en general, tiene por lo menos tanto créditos (que haya adquirido en cualquier momento después de 1936) como el número de años calendario que hayan transcurrido entre los 21 y los 62 años, o muerte, o incapacidad, lo que ocurra primero. Para las personas que cumplan 21 años antes de 1951, el requisito es de un crédito por cada año posterior a 1950 y antes del año en que cumplan 62 años, sufran incapacidad o mueran.

En caso de que un trabajador muera antes de adquirir las condiciones de asegurado total, se pagarán las pensiones de sobrevivencia a sus hijos y a su viuda(o) a cargo de dichos hijos menores de 16 (en general llamadas pensiones a madres o padres), si el trabajador(a) "estaba cubierto por el programa" al momento de morir. Un individuo está cubierto por el programa cuando tiene acumulados seis créditos en un período de 13 trimestres calendario, concluyendo en el trimestre en el que ocurre el deceso.

Para fines del seguro de pensiones por incapacidad, un trabajador tiene que estar totalmente cubierto y cumplir con el requisito de comprobación de empleo real asegurado reciente, es decir, que el o ella deben tener derecho por trabajo desempeñado en un empleo cubierto por un mínimo de 20 de los 40 trimestres que terminan en el trimestre que sufra la incapacitación, o en el caso de trabajadores incapacitados antes de los 31, derechos acumulados por la mitad de los trimestres después de los 21 años, con un mínimo de 6 de dichos trimestres. Un trabajador invidente necesita estar totalmente asegurado para tener derecho a las pensiones. La condición del asegurado que debe reunir para obtener los diferentes tipos de prestaciones se muestran en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Prestaciones pagaderas y situación del asegurado en el programa OASDI, enero 1991'

Prestaciones de Jubilacion	Si el trabajador esta:
Mensualidades igual al 100% de cantidad original asegurada es pagadera al:	
trabajador jubilado a la edad de 65 ó más ²	Completamente asegurado
Pago mensual igual al 50% de la cantidad original asegurada, es pagadera a:	
La esposa o exesposa de 65 años ó más ³	Completamente asegurado
al hijo (a) ó nieto (a) hasta los 18 años ó 19 si está estudiando.....	Completamente asegurado
al hijo o nieto hasta los 18 o hasta los 22 si está incapacitado.....	Completamente asegurado
a la esposa de cualquier edad si tiene acargo hijos menores de 16 ó incapacitados.....	Completamente asegurado
Mensualidades de \$167.50 son pagaderas a la edad de 72 a trabajador que cumplio 72 años de 1964 (1967 para mujeres).....	Asegurado transitorio
Mensualidades de \$83.90 son pagaderas a:	
La esposa del trabajador que cumplio 72 años antes de 1969.....	Asegurado transitorio

Prestaciones para los sobrevivientes de los trabajadores

Mensualidades iguales al 100% de la cantidad original asegurada son pagaderas a:	Si a la muerte el trabajador esta:
viuda o viudo o esposa divorciada de 65 años ó más ⁵ ..	Completamente asegurado
Mensualidades iguales al 82 1/2% de la cantidad original asegurada son pagaderas los:	
Padres dependientes del trabajador de 62 años ó más...	Completamente asegurado
Mensualidades iguales al 75% de la cantidad original asegurada son pagaderas a:	
viudo (a), esposa divorciada menor de 62 años a cargo de hijos menores de 16 años ó incapacitados.....	Completamente ó actualmente asegurado
hijos ó nietos menores de 18 años ó 19 si esta estudiando.....	Completamente ó actualmente asegurado

1. Este cuadro refleja la edad normal de retiro (NRA) de 65 años. Como se explicó antes en el texto la edad normal de retiro aumentará gradualmente de los 65 a los 67 iniciando en el año 2003. Las prestaciones permanecerán disponibles para los trabajadores y sus esposas que se retiren a los 62 y a los 60 para viudos y viudas, pero las reducciones máximas para los trabajadores y sus esposas se aumentarán.

2. Las prestaciones reducidas son pagaderas a los 62; el monto de la prestación es permanentemente reducida en un 5/9 del 1% por cada mes cuando la prestación se paga antes de los 65 años. El monto de la prestación aumenta por un crédito de jubilación diferido de 3/8 del 1% por cada mes.

3. Prestaciones reducidas son pagaderas a los 62 años; el monto de la prestación se reduce permanentemente en un 25/38 del 1% por cada mes.

4. Cuando un trabajador ya recibió prestaciones reducidas por jubilación al momento de su muerte, el beneficio pagadero a la viuda (o) ó a la esposa divorciada sobreviviente; no puede ser mayor que la que pudiera obtener si estuviera vivo, excepto que el monto de la prestación no pueda reducirse a menos del 82 1/2% de la cantidad original asegurada para la viuda (o) a esposa divorciada de 62 años ó más.

hijos ó nietos de 18 años ó más quién ha estado incapacitado desde antes de los 22.....	Completamente ó actualmen- te asegurado
Padres dependientes de 62 años ó más.....	Completamente asegurado
Una cantidad tope de \$255 puede ser pagada al: viudo (a) que estaba viviendo con el trabajador a su muerte; si no existe, a la persona denominada como beneficiaria; si no existe a los hijos denominados como beneficiarios.....	Completamente ó actualmen- te asegurado
Mensualidades de \$167.50 son pagaderas a los trabajadores de 72 años: viudo (a) quienes hayan cumplido 72 años antes de 1969....	Asegurado transitorio

Prestaciones de Incapacidad

Si el trabajador esta:

Mensualidades iguales a las cantidades pagaderas en casos⁶ de jubilacion son pagaderas al:

Trabajador incapacitado todo menor de 65 años y a su esposa ó esposo e hijos.....

Completamente asegurado y con 20 trimestres de cotización en los 40 últimos trimestres del calendario y que corresponda el retiro con el inicio de la incapacidad.⁸

trabajador invidente menor de 65 años y esposo, esposa e hijos⁷.....

Completamente asegurados

Prestaciones especiales a los 72 años

Mensualidades de \$167.50 son pagaderas a:
ciertas personas quienes cumplieron 72 años antes de 1972.....

Si la persona reune:
Requisitos limitados para asegurados que aplican a este pago.

5. Prestaciones reducidas son pagaderas a los 60; el monto de la prestación permanentemente se reduce en un 19/40 del 1% por cada mes, si la prestación es pagada antes de los 65 años.

6. Las prestaciones para un trabajador incapacitado antes de los 65 años no son reducidas a menos que el ó ella hayan recibido previamente la prestación reducida de jubilación.

7. Mismas categorías como en los casos de jubilación.

8. La alternativa especial para el retiro de trabajadores jóvenes incapacitados antes de los 31 años, consiste en una mitad de los trimestres después de los 21, o si incapacita antes de los 24, una mitad de los trimestres de los últimos 3 años, con el último trimestre de incapacidad.

Comprobación de ingresos anuales.- La ley establece que al asegurado que no tenga derechos en base a las disposiciones de incapacidad y que perciba ingresos suficientes, se le negarán parte o todas las pensiones dependiendo de la cantidad de sus ingresos anuales. En términos generales, también se les negarán a las personas que reciban pensiones en calidad de miembros de familia en caso de que el trabajador por quien son elegibles para recibir pensiones tenga ingresos suficientes a través de su trabajo. Esta estipulación se llama comprobación de ingresos, incluida en la ley para asegurar que las pensiones mensuales se paguen al trabajador y miembros de su familia y sobrevivientes sólo cuando no cuenten con ingresos suficientes a través de su trabajo.

La suma que un beneficiario puede ganar sin reducción de sus pensiones aumenta automáticamente en la misma proporción que se incrementan los salarios promedio, es decir, cada vez que las pensiones mensuales del programa OASDI (Seguro de Vejez/Muerte y Supervivencia y Discapacidad) aumentan automáticamente. En 1994, las pensiones de un beneficiario que no ha cumplido 65 se reducen US\$1 por cada US\$2 de ingresos anuales superiores a US\$8,040; un beneficiario de 65-69 años puede ganar US\$11,160 antes de que sus pensiones se reduzcan US\$1 por cada US\$3 de ganancias adicionales. A partir del mes en que cumplan 70 años de edad, los beneficiarios son elegibles para el pago total de pensiones independientemente de sus ingresos. A falta de esta disposición, algunas personas que trabajan y pagan cotizaciones de seguridad social que rebasen demasiado la edad de jubilación normal, quizás no reciban nunca pensiones mensuales.

De acuerdo con la "comprobación de ganancias especiales" que se aplica a beneficiarios que trabajan fuera de los Estados Unidos de América en trabajos no cubiertos, dichos beneficiarios no reciben pensión alguna por cualquier mes en el que trabajen más de 45 horas o, en caso de miembros de su familia, por un mes en el que trabajen más de 45 horas.

Requisitos para incapacidad.- Para propósitos de derecho a pensiones

mensuales, se ha definido que una incapacidad es la "incapacidad para participar en alguna actividad real productiva -SGA, Substantial Gainful Activity" por razón de cualquier impedimento físico o mental determinable médicamente que puede resultar en muerte o que ha durado o se espera que dure un período continuo mínimo de 12 meses." El impedimento debe ser de un grado de severidad que declare al individuo incapacitado para participar en algún trabajo real lucrativo que exista en la economía nacional, sin importar si dicho trabajo exista en el área inmediata en el que el o ella viva, o si exista una vacante de trabajo específica para esa persona, o si el o ella serían contratados al solicitar dicho trabajo. La suma de los ingresos que comprueba una (SGA) actividad productiva está estipulada en las regulaciones. Actualmente, los ingresos cuyo promedio arroje una cantidad mayor a \$500 mensuales, se considera como actividad real productiva, mientras que los ingresos menores a US\$300 indican por lo general, ausencia de una actividad real productiva.

Si la determinación de incapacidad no puede hacerse sólo sobre la base de evidencia médica, entonces se toma en cuenta la edad, educación y experiencia en el trabajo de la persona. Existe una regla menos estricta para trabajadores invidentes de 55 años o mayores. Dichos trabajadores se consideran incapacitados si debido a su ceguera, no tienen la capacidad de participar en una actividad productiva que requiera de destrezas y habilidades que se puedan comparar con aquellas requeridas en su ocupación anterior.

Las pensiones mensuales conforme a una tasa reducida de forma permanente, son pagaderas a viudas(os) incapacitadas(os) a partir de los 50 años, bajo la misma definición de incapacidad aplicada a trabajadores. La viuda o el viudo deben haberse incapacitado totalmente dentro de los 7 años posteriores a la muerte de su cónyuge o dentro de los 7 años posteriores al último mes en que la viuda o el viudo tenía derecho anteriormente a las pensiones conforme al registro de ganancias del trabajador. Las pensiones también son pagaderas a los hijos adultos incapacitados del trabajador antes de cumplir 22 años, sobre la misma base de incapacidad que se aplica a los trabajadores.

Las determinaciones iniciales de incapacidad se hacen por lo general por los DDS -Servicios Estatales de Determinación de Incapacidad- (Determination Disability Services) conforme a las regulaciones establecidas por el Secretario de Salud y Servicios Humanos. Estos Servicios casi siempre pertenecen a una división del Departamento de Estado para Servicios de Rehabilitación Vocacional. Los costos son reembolsados por el Gobierno Federal. En caso de negarse la solicitud inicial el solicitante puede pedir que se realice la reconsideración correspondiente. Si la reconsideración es negada, el solicitante puede pedir una audiencia con un Miembro de un Tribunal Administrativo (ALJ - Administrative Law Judge). La Social Security Administration revisa una muestra de las decisiones tomadas por las entidades estatales con el fin de asegurar su consistencia y concordancia con las políticas nacionales.

Los solicitantes de pensiones de incapacidad son referidos a los entidades estatales de rehabilitación vocacional -no se pagan pensiones de incapacidad a nadie que sin causa justificada rechace servicios de rehabilitación. El pago debe hacerse de los fondos del fideicomiso de la seguridad social por el costo de proporcionar servicios de rehabilitación vocacional a beneficiarios del seguro de incapacidad que sean rehabilitados con éxito.

Para estimular aún más el regreso al trabajo, a la persona incapacitada que no se haya recuperado pero que regrese a su trabajo, se le permite laborar un período a prueba durante el cual continúa recibiendo su pensión. Como regla general, cuando una persona incapacitada está en período a prueba sólo el mes en que los ingresos del empleo excedan de US\$200 se contará como uno de los meses de dicho período a prueba. Al final de los 9 meses del período a prueba (no necesariamente consecutivos), el caso se revisa para ver si la persona puede participar en una actividad real productiva. Si el trabajador(a) no puede participar y no ha mejorado médicamente, sigue recibiendo su pensión. Si el trabajador(a) puede participar en una actividad real productiva, sigue recibiendo su pensión durante un período de 3 meses de ajuste. De esta manera, la persona recibe un total de 12 pagos de pensiones por los meses en los que

trabajó (9 meses de trabajo a prueba y 3 meses de reajuste). Además, en tanto que el beneficiario no se recupere médicamente durante el plazo de 36 meses después del período a prueba, se le reintegrarán las pensiones por cualquier mes en que los ingresos sean menores del nivel de actividad real productiva. Las pensiones que se recuperen antes de trabajar los 9 meses a prueba, así como los beneficiarios que se recuperen antes de comprobar su capacidad de trabajo, continúan recibiendo las pensiones por 3 meses adicionales, incluyendo el mes en que se recuperen.

La ley incluye otras muchas disposiciones cuyo objetivo es estimular a los trabajadores incapacitados a regresar a su trabajo. Estas incluyen la deducción de gastos de trabajo relacionados con el impedimento de los ingresos de la persona al determinarse si está participando en una actividad real productiva y la continuación de la cobertura del Medicare por lo menos durante 39 meses después de terminar el período de trabajo a prueba. Una persona cuya pensión por incapacidad termine sobre la base de actividad profesional, puede cobrar la cobertura del Medicare. Las pensiones familiares por pagar a trabajadores incapacitados están sujetas a un nivel menor que las que prevalecen para otros tipos de pensiones, por la preocupación de que algunos trabajadores incapacitados puedan desalentarse a regresar al trabajo ya que sus pensiones son mayores que sus ingresos netos pre-incapacidad.

Pago de pensiones en efectivo en el extranjero y acuerdos de totalización.- Las pensiones son pagaderas generalmente a los ciudadanos de los EUA sin importar el lugar donde residan. Las pensiones no pueden pagarse a un extranjero que radique fuera de los Estados Unidos de América durante más de 6 meses, a menos que **cumpla** con alguna de las varias excepciones señaladas por la ley. Por ejemplo, se estipula una excepción en caso de que (1) el trabajador en cuyos ingresos se basa la pensión, haya cubierto por lo menos 40 trimestres o haya radicado en los Estados Unidos de América por lo menos 10 años, o (2) la falta de pago de las pensiones sea contraria a un pacto acordado por los EUA o, (3) el extranjero sea ciudadano de un país que tenga un sistema de pensión o seguro social de aplicabilidad

general que estipule el pago de pensiones a los ciudadanos norteamericanos que vivan fuera del país y que califiquen para ello. Aún en el caso de que califiquen conforme a estas excepciones, los extranjeros que son elegibles por primera vez después de 1984 para recibir pensiones a sobrevivientes o complementarias como miembros de la familia o sobrevivientes, tienen que haber residido en los EUA durante 5 años y estar relacionados con el trabajador durante ese tiempo. Las pensiones no son pagaderas a un extranjero que viva en un país en el que el Departamento del Tesoro de los EUA haya suspendido pagos.

A través de convenios internacionales de totalización, el sistema de Seguridad Social de los Estados Unidos de América está coordinado con los sistemas de algunos otros países. Autorizados conforme a las reformas de 1977 estos convenios benefician tanto a los trabajadores como a los patrones ya que eliminan la doble cobertura y cotizaciones por el mismo trabajo bajo los sistemas de seguridad social de los países que firman el convenio. Dichos convenios impiden también el deterioro de la protección de la seguridad social que resulta cuando una persona trabaja bajo los sistemas de dos países pero no es elegible para las pensiones en uno o ambos países al momento de jubilarse, incapacitarse o morir. Actualmente EUA tiene convenios de Seguridad Social en vigor con 17 países -Italia (1978), la República Federal de Alemania (1979), Suiza (1980), Bélgica, Noruega y Canadá (1984), el Reino Unido (1985), Suecia (1987), España y Francia (1988), Portugal (1989), los Países Bajos (1990), Austria (1991), Finlandia (1992), Irlanda (1992), Luxemburgo (1993) y Grecia (1999).

Tipos de Pensiones

Las pensiones mensuales de jubilación se pagan a la edad de 62 años a la persona asegurada jubilada y al cónyuge de la misma. Estas pensiones se reducen de manera permanente si se solicitan antes de la edad normal de jubilación (actualmente 65 años). Las pensiones no reducidas se pagan a esposa

o esposo del trabajador asegurado jubilado a cualquier edad si ella o el están a cargo de un hijo menor de 16 años o incapacitado, que tenga derecho a recibir pensión sobre el registro de ingresos del trabajador. La pensión a menores se paga a hijos solteros menores de 18 y a hijos de 18 y 19 años estudiantes de primaria o secundaria de tiempo completo. También se paga, independientemente de la edad, a hijos incapacitados antes de los 22 años.

Las pensiones mensuales a sobrevivientes son pagaderas a una viuda o viudo a los 60 años o en caso de incapacidad a la edad de 50; a una viuda o viudo a cualquier edad en caso de que ella o el estén a cargo de hijos menores de 16 años de edad o de hijos incapacitados, con derecho a pensión conforme al registro de ingresos del trabajador; a hijos solteros menores de 18 años y a hijos de 18 y 19 años que estudien primaria o secundaria, o a hijos de cualquier edad en caso de incapacidad previa a los 22 años; y a un familiar dependiente a los 62 años. También se paga una suma global de US\$255 como indemnización por fallecimiento al cónyuge que viva con el trabajador(a) cuando ocurra su muerte o que sea elegible en ese momento para recibir pensiones en base al registro de ingresos del trabajador, o de no haber esposa que llene los requisitos para recibir dichas pensiones, entonces al hijo(a) o hijos del trabajador(a) que sean elegibles para recibir la pensión mensual de sobrevivencia.

Las pensiones de seguro de incapacidad (DI) se le pagan al trabajador incapacitado menor de 65 años después de un período de espera de 5 meses calendario completos. Estas pensiones se dan por terminadas si se recupera o regresa a un empleo real productivo a pesar del impedimento. Cuando el trabajador(a) cumple 65 años, pasan a las listas de jubilación. Las pensiones a los miembros de la familia de un trabajador incapacitado se pagan bajo las mismas condiciones que a los miembros de la familia de trabajadores jubilados.

Bajo ciertas circunstancias, las pensiones también pueden pagarse al cónyuge divorciado de un trabajador incapacitado, jubilado o fallecido, y a la viuda o viudo vuelto a casar de un trabajador fallecido.

Importe de Pensiones

El importe de la pensión de seguridad social para un empleado, se basa en el promedio de los ingresos percibidos dentro del programa y calculado sobre un período de tiempo equivalente al número de años que puede esperarse que dicha persona labore como trabajador asegurado. Específicamente, el número de años en el período promedio es igual al número de años después de 1950 (o, si es posterior a esta fecha, después de los 21 años de edad) hasta el año en que el trabajador cumpla 62 años, se incapacite, o muera, en general se deducen 5 años. En caso de que el trabajador(a) se incapacite antes de los 47 años, se deducen menos de 5 años. El plazo mínimo del período que se toma como promedio es de 2 años, que puede incluir años antes de los 22 y después de los 61, en vez de años con bajos ingresos entre los 21 y 62.

Para las personas elegibles por primera vez (por cumplir 62 años, incapacitarse o morir) después de 1978, los ingresos reales están indexados -actualizados para reflejar incrementos en los niveles promedio de sueldos en la economía. Para las personas elegibles por primera vez después de 1979, la cantidad real de ingresos percibidos dentro del programa se usa para los cálculos. Después de determinarse el AIME -ingreso promedio mensual indexado-(Average Indexed Monthly Earnings) o el AME -ingreso mensual promedio- (Average Monthly Earnings) se aplica una fórmula de pensión para definir la cantidad de PIA -cantidad de cobertura básica- (Primary Insurance Amount) en la que se basan los ingresos del trabajador. La fórmula de la pensión se pondera a favor de los que perciben salarios bajos por tener un margen de reducción menor en el ingreso en relación con los que perciben salarios altos.

La cantidad de la cobertura básica (PIA) es de US\$1,147.50 para los trabajadores con ingresos iguales o superiores a la cantidad máxima tomada como base para fines de cuotas y pensiones cada año y que se jubilen a los 65 años en 1991. A partir de 1982, los trabajadores recién jubilados elegibles no están sujetos a una cantidad mínima estatutaria; la ley establece una pensión mínima especial para los trabajadores que reciben

sueldos bajos durante un plazo largo, mayor a la permitida por la fórmula estándar.

Para personas elegibles por primera vez en 1994, la fórmula de pensiones estipula que la cantidad de cobertura básica (PIA) al momento de aplicarse por primera vez es igual a:

90 por ciento de los primeros US\$422 de ingresos mensuales promedio (AIME), más

32 por ciento de ingresos mensuales promedio (AIME) entre US\$422 y US\$2,545, más

15 por ciento de ingresos mensuales promedio (AIME) mayores a US\$2,545.

Las cantidades que definen los grupos de ingresos mensuales promedio se ajustan anualmente basados en los cambios en niveles de sueldos promedio en la economía. Como resultado, los niveles iniciales de las pensiones conservan en general, el mismo paso que los futuros incrementos a los sueldos. Por ejemplo, se espera que en el futuro las pensiones iniciales de jubilación de la Seguridad Social sustituyan una proporción constante (cerca del 41 por ciento) de los ingresos anteriores cubiertos por el programa para las personas que han trabajado toda su vida con ingresos equivalentes al sueldo promedio en la economía y que se retiran a la edad normal de jubilación. Para las personas que trabajaron toda la vida y ganaron sueldos bajos (45 por ciento del sueldo promedio) se espera que la tasa de sustitución sea del 55 por ciento. Y para las personas que siempre ganaron la cantidad máxima sujeta a cuotas de seguridad social se espera que la tasa de sustitución sea alrededor del 27 por ciento.

En general, después que el nivel de la pensión inicial de seguridad social para el trabajador se determine para el primer año de elegibilidad -el año en que

el o ella cumpla 62 años, se incapacite o muera- la cantidad se aumenta de modo automático en diciembre de cada año (pagadera en los cheques de enero) para reflejar cualquier aumento del Índice de Precios al Consumidor. Si las reservas del fondo del fideicomiso de la seguridad social llegaran a caer abajo de ciertos niveles, se aplicaría una regla diferente. La cantidad de cualquier incremento se basaría en lo que haya sufrido un menor incremento en el costo de vida o en los sueldos promedio, con la provisión de "ponerse al corriente" cuando las reservas aumenten.

La pensión puede calcularse de nuevo en caso de que, una vez jubilado, el trabajador reciba ingresos adicionales que resulten en una cantidad de cobertura básica más alta. Cuando un empleado se jubile a la edad normal de jubilación, tendrá derecho a una pensión mensual equivalente a la cantidad de cobertura básica redondeada al siguiente múltiplo inferior a \$1. Para los trabajadores que se jubilen antes de la edad normal de jubilación, la pensión se reduce actuarialmente para tomar en cuenta el período más largo en que se les otorgarán pensiones. Hoy en día, un trabajador que se jubila a los 62 años recibe el 80 por ciento de la cantidad total de la pensión; un cónyuge que empieza a recibir pensión a los 62 años recibe el 75 por ciento de la cantidad que hubiera recibido a los 65 años; un viudo(a) que reciba su pensión por primera vez a los 60 años, obtendrá el 71.5 por ciento de la cantidad de cobertura básica del cónyuge que haya fallecido, mismo porcentaje que recibirá un viudo(a) de 50-59 años incapacitado(a).

Como señalamos anteriormente, la edad normal de jubilación (la edad de elegibilidad para pensión de jubilación no reducida) se aumentará gradualmente de los 65 a los 67 años, empezando con los trabajadores que cumplan 62 años en el año 2000. Los trabajadores de 60 años que se jubilen y sus cónyuges, así como la viuda(o) seguirá contando con sus pensiones pero con una reducción mayor de las pensiones para el trabajador y el cónyuge.

Las pensiones de los trabajadores que difieren su jubilación más de la edad normal de jubilación, se aumentan basadas en los derechos acumulados por

jubilación diferida. Estos derechos toman en cuenta las pensiones determinadas como resultado de la comprobación de ingresos de las personas que continúen laborando después de los 65 años. El monto de los derechos de retiro diferido se aumenta actualmente cada dos años. Este derecho o crédito es el 4.5 por ciento de la cantidad de cobertura básica (PIA) por año para los trabajadores que cumplan 62 años en 1993-94; aumentando a 5 por ciento de la cantidad de cobertura básica para los empleados que cumplan 62 años en 1995-96, y así consecutivamente hasta llegar al 8 por ciento de la cantidad de cobertura básica por año para los trabajadores que cumplan 62 años en el año 2005 o después de esta fecha.

Las pensiones para los miembros de familia elegibles están basadas en un porcentaje de la cantidad de cobertura básica del trabajador. En el caso de un trabajador jubilado, la pensión de la esposa o esposo a la edad normal de la jubilación y la pensión a un hijo menor son iguales al 50 por ciento de la cantidad de cobertura básica del trabajador. La pensión de una viuda o viudo es igual a tanto como el 100 por ciento de la cantidad de cobertura básica del trabajador fallecido. La pensión de un hijo sobreviviente es 75 por ciento de la cantidad de cobertura básica del trabajador.

Existe un límite fijado por la ley para la pensión mensual total a pagarse ya sea a un trabajador(a), a los miembros elegibles de su familia o a los sobrevivientes del mismo(a). Este límite asegura que la familia no esté en mejores condiciones económicas después que el trabajador se jubile, incapacite en comparación a sus ingresos anteriores.

Una persona elegible para una pensión basada en sus propios ingresos y también para una pensión como miembro elegible de la familia o sobreviviente (en general como esposa o viuda) recibirá el total de su propia pensión, más una cantidad igual a cualquier excedente de la otra pensión sobre sus propios ingresos, esto es, la mayor de las dos.

Además las pensiones para un individuo cuyos derechos no se basan en una

incapacidad pueden reducirse si los ingresos anuales de una persona derivados del empleo o autoempleo (o de los ingresos del trabajador en cuyo registro esa persona recibe pensiones) exceden a una cantidad específica exenta. En el año de 1994 los beneficiarios de 65-69 años pueden ganar hasta US\$11,160; los menores a 65 años pueden ganar hasta US\$8,040. (La cantidad exenta aumenta automáticamente conforme los niveles de sueldos se incrementan). A los beneficiarios menores de 65 años se les reducen sus pensiones US\$1 por cada US2 de ingresos sobre la cantidad anual exenta. Esta tasa de reducción es US\$1 para cada US\$3 para las personas que lleguen a la edad normal de jubilación. Las pensiones de las personas de 70 años o mayores no se reducen, sin importar la cantidad que ganen.

Las pensiones para trabajadores incapacitados se calculan de manera similar a las pensiones para trabajadores jubilados. Las pensiones para los miembros de la familia de un trabajador incapacitado se pagan sobre la misma base que aquéllas para la familia de un trabajador jubilado. Sin embargo, el límite de los subsidios a familias de trabajadores incapacitados está, hasta cierto punto, más limitado que el límite de subsidios a jubilados y sobrevivientes.

El cuadro 2 muestra el número de prestaciones recibidas y la cantidad de pago promedio para las diferentes categorías de beneficiarios.

Tabla 2.-Número de personas que reciben pensiones mensuales del Seguro de Vejez, Sobrevivientes e Incapacidad 1940-1990 y cantidad mensual promedio, diciembre 1990.

Tipo de beneficiarios	1940	1950	1960	1970	1975	1980	1985	1990	Cantidad mensual promedio Diciembre 1990
Beneficiarios.....	222,488	3,477,243	14,844,589	26,228,629	32,084,511	35,618,840	37,058,535	39,832,125	\$544.45
Trabajadores jubilados.....	112,331	1,770,984	8,061,469	13,349,175	16,588,001	19,582,625	22,432,103	24,838,100	602.56
Trabajadores incapacitados.....	...	...	455,371	1,492,948	2,488,774	2,861,253	2,656,500	3,011,294	587.23
Esposas y esposos de trabajadores jubilados e incapacitados ¹ .	29,749	508,350	2,345,983	2,951,552	3,320,310	3,480,212	3,374,602	3,366,975	298.44
Viudas y viudos ²	4,437	314,189	1,543,843	3,177,879	3,779,194	4,287,930	4,756,872	5,010,493	556.38
Madres y padres viudos ²	20,449	169,438	401,358	523,136	581,845	562,798	371,658	303,923	409.12
Viudas y viudos incapacitados ²	...	...	...	49,281	109,511	126,659	105,945	100,989	388.94
Hijos ³	56,648	699,703	2,000,451	4,122,305	4,972,008	4,609,813	3,319,477	3,187,010	311.15
de trabajadores jubilados.....	6,410	46,241	268,168	545,708	642,564	642,445	457,408	422,200	259.35
de trabajadores fallecidos.....	48,238	633,462	1,576,802	2,687,997	2,918,940	2,608,653	1,916,928	1,776,013	405.52
de trabajadores incapacitados	...	...	155,481	888,600	1,410,504	1,358,715	945,141	988,797	163.76
Padres.....	824	14,579	36,114	28,729	21,444	14,796	9,541	5,908	482.24
Beneficiarios especiales de 72 años.....	...	...	...	533,624	223,424	92,754	31,655	7,433	166.62

¹ Incluye esposas divorciadas.

² Incluye esposas divorciadas sobrevivientes.

³ Incluye adultos-niños incapacitados de 18 años de edad o más cuya incapacidad empezó antes de los 22 años de edad.

⁴ Representan beneficios para ciertas personas quienes alcanzan la edad de 72 años antes de 1972 y quienes están incluidos solo bajo el seguro especial de la Ley de Seguridad Social.

Financiamiento del Programa

El plan de financiamiento de los programas del Seguro de Vejez, Sobrevivientes e Incapacidad (OASDI -Old Age/Survivors & Disability Insurance) y del Seguro de Discapacidad (DI -Disability Insurance) requiere que los trabajadores y sus patrones y las personas autoempleadas paguen cuotas sobre sus ganancias en trabajos asegurados hasta un máximo anual gravable (60,600 en 1993; ajustadas automáticamente conforme al incremento a salarios). Estas cuotas (que constituyen más del 95 por ciento de los ingresos del programa) se depositan de manera automática en dos fondos de fideicomiso separados -el Fondo del Fideicomiso del OASDI y el Fondo del Fideicomiso del DI. (La porción del Seguro de Hospital del programa Medicare, se financia de la misma manera, aún cuando se aplica un máximo anual gravable diferente -US\$135,000 en 1993, que se ajusta automáticamente conforme al incremento a salarios).

La cantidad máxima de ingresos gravables para efectos de SH es una cantidad mayor separada. desde 1994, no existe límite en la cantidad de ingresos que pueden ser gravables para efecto de SH.

El dinero recibido por los fondos del fideicomiso sólo puede usarse para pagar las pensiones y gastos operativos del programa. El dinero que no se necesita en el momento para dichos fines se invierte en valores que generan intereses garantizados por el Gobierno de los E.U.A. Una Junta de Fideicomisarios, que por ley está integrada por el Secretario del Departamento del Tesoro como Fideicomisario Administrativo, el Secretario de Trabajo, el Secretario de Salud y Servicios Humanos, y dos miembros del sector público, es la entidad responsable de la administración de los fondos del fideicomiso y de hacer informes periódicos al Congreso.

Además de las cuotas que los empleados, patrones y personas autoemplea-

das pagan al programa de seguridad social, los ingresos del fondo del fideicomiso incluyen cantidades relativamente pequeñas transferidas del fondo general a los fondos del dicho fideicomiso: intereses sobre inversiones del fondo de fideicomiso de seguridad social; pagos de préstamos sobre sueldos sin intereses otorgados a militares; fondos para pagar pensiones preestablecidas a ciertas personas de edad muy avanzada que califiquen de acuerdo con los requerimientos de condiciones de aseguramiento especiales; y cantidades equivalentes a ingresos no percibidos por deducción de cuotas a autoempleados durante 1984-89 y a empleados durante 1984 de las cotizaciones a pagar a la seguridad social. Los ingresos por impuestos sobre la renta de hasta la mitad de las pensiones de los beneficiarios del programa de seguridad social que reciban otros ingresos considerables, se adjudican también a los Fondos del Fideicomiso del Seguro de Vejez, Muerte y Discapacidad y del Seguro de Discapacidad.⁴².

Basados en pronósticos actuariales a 75 años, se establece en la ley un programa de tasas de cuotas actuales y futuras cuyo fin es producir suficientes ingresos, junto con otros ingresos, para financiar el programa a largo plazo. Este programa especifica qué porción del total de los ingresos cobrados se deberá asignar a cada uno de los programas de seguridad social. En 1994 las tasas de las cuotas del Seguro de Vejez, Muerte y Discapacidad eran equivalentes al 6.2 por ciento de cada una para el trabajador y el para el patrón y 12.4 por ciento para el autoempleado. Al Fondo Federal del Fideicomiso para el Seguro de Discapacidad se le asigna una porción de estas tasas: 0.6 por ciento de cada una para el empleado y para el patrón y 1.2 por ciento para el autoempleado. (Se espera que al inicio del siglo se programe aumentar estas cifras a 0.71 y 1.42 por ciento, respectivamente.)

El cuadro 3 muestra los planes actuales y futuros de la tarifas de los impuestos. El cuadro 4 resume el estado de los fondos del OASI y del DI durante el período 1940-1992.

Tabla 3.- Plan de tarifas, para los programas: Vejez, Sobrevivientes (OASI), Discapacidad (ID) y Seguro de Hospital (HI).

Periodo	Total	OASI	DI	HI
Porcentaje de cobertura salarial por empleado y empleador.				
1990-99.....	7.65	5.6	0.6	1.45
2000 y después....	7.65	5.49	.71	1.45
Porcentaje de cobertura por empleados independientes				
1990-99.....	15.3	11.2	1.2	2.9
2000 y después....	15.3	10.98	1.42	2.9

1.- En 1991, la OASI y el DI aplicaron impuestos a salarios mayores de \$53,400, el HI aplicó impuestos a salarios de \$125,000; las cantidades gravables maximas están sujetas a ajustes automáticos anuales en proporción al incremento porcentual del ingreso nacional y salarial.

2.- Las reformas de Seguridad Social de 1983 previeron impuestos crediticios al OASDI y condicionaron el impuesto del HI de los trabajadores independientes igual a 2.7% del salario de 1984; 2.3% para 1985; y 2.0% para 1986-89; y (2) empleados igual a 0.3% del salario para 1984. Desde 1989, el impuesto crediticio ha sido remplazado con disposiciones especiales a fin de tratar a los trabajadores independientes de igual manera que los empleadores y empleados son tratados por la Seguridad Social para efectos de gravar los ingresos.

Table 4.-Estado de los fondos del seguro de vejez y sobrevivientes, seguro de incapacidad en años seleccionados de (1940-1992)

[Cantidades en millones]

Año	Total ingresos ¹	(Gastos)				Total del capital a fin de año
		Total	Pago de Pensiones	Gastos Administrativos netos	Otros Gastos ²	
Fondo del Seguro de Vejez y Sobrevivientes						
1940.....	\$368	\$62	\$35	\$26	...	\$2,031
1945.....	1,420	304	274	30	...	7,121
1950.....	2,928	1,022	961	61	...	13,721
1955.....	6,167	5,079	4,968	119	-\$7	21,663
1960....	11,382	11,198	10,677	203	318	20,324
1965....	16,610	17,501	16,737	328	436	18,235
1970....	32,220	29,848	28,798	471	579	32,454
1975....	59,605	60,395	58,517	896	982	36,987
1980....	105,841	107,678	105,083	1,154	1,442	22,823
1985....	184,239	171,150	167,248	1,592	2,310	35,842
1986....	197,393	181,000	176,813	1,601	2,585	39,081
1987....	210,736	187,668	183,587	1,524	2,557	62,149
1988....	140,770	200,020	195,454	1,776	2,790	102,889
1989....	264,653	212,489	207,971	1,673	2,845	155,063
1990....	286,653	227,519	222,987	1,563	2,969	214,197
1992....	311,162	259,867	254,883	1,830	3,148	319,150
Fondo del Seguro de Incapacidad						
1957....	\$709	\$59	\$57	\$3	...	\$649
1960....	1,063	600	568	36	-\$5	2,289
1965....	1,247	1,687	1,573	90	24	1,606
1970....	4,774	3,259	3,085	164	10	5,614
1975....	8,035	8,790	8,505	256	29	7,354
1980....	13,871	15,872	15,515	368	-12	3,629
1985....	19,301	19,478	18,827	608	43	6,321
1986....	19,439	20,522	19,853	600	68	7,780
1987....	20,303	21,425	20,519	849	57	6,658
1988....	22,699	22,494	21,695	737	61	6,864
1989....	24,795	23,753	22,911	754	88	7,905
1990....	28,791	25,616	24,829	707	80	11,079
1992....	31,430	32,004	31,112	834	58	12,324

1.- Incluye transferencias de ingresos generales - credito para los pagos de servicios militares y pagos para beneficiarios especiales de 72 años de edad - interes netos sobre los fondos, pago de ingresos sobre pensiones de Seguridad Social bajo la ley de 1983, así como contribuciones de empleadores, y trabajadores independientes basados sobre ingresos mayores a la cantidad máxima gravable.

2.- Incluye transferencia a (o del) Programa de Jubilaciones de los Ferrocarrileros y gastos por servicio de rehabilitación profesional a trabajadores incapacitados, beneficiarios de niños incapacitados y viudas - viudos incapacitados.

3.- Incluye préstamos para los fondos del seguro de incapacidad y del seguro hospitalario, en base a las disposiciones interfondos previstos en la Ley Pública 97-123.

4.- Excluye cantidades prestadas a los fondos del seguro de vejez y sobrevivientes, en base a las disposiciones interfondos previstos en la Ley Pública 97-123.

Administración

El 15 de agosto de 1994, el Presidente de los Estados Unidos firmó la Independencia del Seguro Social y la Ley de Mejoras al Programa de 1994. Esta ley establece que desde el 31 de marzo de 1995, la Administración del Seguro Social será un organismo independiente del gobierno de los Estados Unidos que sólo será responsable de la administración de los programas OASDI y SSI.

El organismo independiente estará encabezado por un Comisionado con autoridad y control sobre todo el personal y actividades de la Social Security Administration (SSA) que será designado por el Presidente y que estará sujeto a la confirmación del Senado estadounidense. El Comisionado desempeñará sus funciones durante un período de seis años, con un término de comisión inicial para el día 19 de enero del año 2001. También existirá un Subcomisionado nombrado por el Presidente y confirmado por el Senado, que también tendrá un período de 6 años.

La ley también crea un Consejo de Asesores de Seguridad Social bipartidario, compuesto de siete miembros, que se reunirá al menos cuatro veces al año para revisar y hacer recomendaciones al Comisionado en relación a las políticas. El Consejo no tendrá ninguna autoridad en las operaciones del SSA. Tres de los miembros del Consejo serán designados por el Presidente y los cuatro restantes los nombrará el Congreso. Se eliminará el requisito de designar un Consejo de Asesores sobre Seguridad Social cuatrienal una vez que el Consejo de Asesores actual termine sus funciones.

Es requisito que todas las personas que trabajan en empleos o autoempleos cubiertos, tengan un número de seguro social que se usa para identificar el registro de sus ingresos en el curso de su vida activa de trabajo y sobre los que se basan sus pensiones. Este número es permanente y cada nuevo patrón lo vuelve a registrar. Más de 360 millones de números de seguro social han sido expedidos hasta la fecha; en 1994, alrededor de 137.5 millones de personas, que trabajan en casi el 95 por ciento de los trabajos en empleos y autoempleos

remunerados estaban cubiertos por el programa.

En base a un calendario regular, los patrones retienen las cuotas de Seguridad Social de los cheques de sus empleados y las mandan junto con una cantidad igual correspondiente a sus cuotas como patrones, al Servicio de Recaudación de Impuestos. A fines de febrero, los patrones presentan sus informes de sueldos (forma W-2) a la Social Security Administration, mostrando los sueldos pagados por empleado el año anterior. Por su parte, la SSA comparte esta información con el Servicio de Recaudación de Impuestos. Los autoempleados reportan sus ingresos para propósitos del programa de Seguridad Social y pagan cuotas de seguridad social en relación con sus declaraciones de impuestos sobre la renta. La información de los reportes de ingresos de los autoempleados lo envía el Servicio de Recaudación de Impuestos a la Social Security Administration.

Los ingresos reportados se pasan al registro del trabajador en la oficina matriz de la SSA en Baltimore, Maryland. Cuando un trabajador o miembro de la familia del trabajador solicita alguna prestación del seguro social, el registro de sus ingresos se usa para determinar la elegibilidad del solicitante y la cantidad en efectivo a pagarse. (Los ingresos acumulados en el registro del trabajador se toman como base para determinar derechos a pensión de seguro hospitalario.) La SSA certifica el pago al Departamento del Tesoro, el que a su vez manda por correo los cheques de pensiones o deposita las cantidades correctas directamente a las cuentas de los beneficiarios, ya sea por medio de la transferencia electrónica de fondos o cualquier otro medio.

La Social Security Administration maneja uno de los sistemas más grandes de registro de cuentas de todo el mundo. Las técnicas automatizadas se utilizan para llevar a cabo el tremendo trabajo de contabilizar los ingresos en los registros individuales y calcular pensiones en base a los mismos. El procesamiento electrónico de datos y de telecomunicaciones se ha extendido a casi todas las áreas de operaciones del programa. El personal de las oficinas

de campo puede ingresar datos directamente al sistema, para solicitar de los registros de la oficina central cualquier información que se necesite para procesar una solicitud, y producir una copia impresa de la misma con todos los datos necesarios para que la firme el solicitante. Constantemente se están actualizando y mejorando los sistemas de cómputo, aplicando los nuevos usos que ofrece la tecnología.

En las oficinas centrales de Baltimore se encuentran ubicadas las oficinas de personal, un centro nacional de cómputo, las operaciones de incapacidad, los registros centrales, y las operaciones de solicitudes foráneas. Los centros de operaciones de datos se encuentran en Wilkes-Barre, Pennsylvania; Albuquerque, Nuevo México; y Salinas, California. En estos centros se manejan los datos de los documentos fuente para procesamiento electrónico. Los centros de servicio del programa que se encuentran en la ciudad de Nueva York; Filadelfia; Birmingham; Chicago; Kansas City, Missouri; y Richmond, California, certifican los pagos de pensiones para los Centros de Pagos Regionales del Departamento del Tesoro, mantienen los registros de beneficiarios, revisan categorías seleccionadas de solicitudes, cobran deudas, y proporcionan una amplia gama de otros servicios para los beneficiarios.

Además la SSA tiene una red de campo nacional de cerca de 1,300 oficinas y 37 centros de teleservicio. Las operaciones de campo están a cargo de los 10 Comisionados Regionales y de sus equipos de personal. Las instalaciones de campo son los puntos principales de contacto del público con la SSA. Expiden números de seguro social, ayudan a los trabajadores y a los patrones a corregir los registros de ingresos; ayudan a las personas que solicitan el pago de sus pensiones y recopilan las evidencias necesarias para demostrar su elegibilidad; adjudican solicitudes de seguro de sobrevivientes y jubilación; ayudan a determinar la cantidad de pensiones por pagar, envían las solicitudes de Seguro de Incapacidad a entidades estatales dispuestas a cooperar (por lo general entidades estatales dedicadas a la rehabilitación) para la determinación de una incapacidad; y darles a los trabajadores y a sus familiares la información necesaria para que comprendan

los derechos y obligaciones que tienen conforme al programa.

Todos tienen el privilegio de apelar una decisión sobre los derechos a pensión. El proceso de apelaciones comprende varios niveles de revisión. En cada nivel, debe solicitarse por escrito una revisión dentro de determinados períodos de tiempo. Primero, el demandante puede solicitar reconsideración de la determinación inicial. Si el demandante no está satisfecho con la determinación de reconsideración, puede solicitar una audiencia y aparecer en persona ante un Tribunal Administrativo de la Oficina de Audiencias y Apelaciones de la SSA. Si la decisión de dicho Tribunal no satisface al demandante, puede solicitar revisión por el Consejo de Apelaciones y finalmente, el demandante puede llevar su caso ante los tribunales federales. El proceso de apelaciones y audiencias de la SSA está administrado a través de 135 oficinas de audiencias coordinadas bajo los 10 Tribunales Administrativos regionales. La oficina central de la Oficina de Audiencias y Apelaciones tiene su sede en Arlington, Virginia.

En el año calendario de 1992 los gastos administrativos del programa de prestaciones en efectivo representaron alrededor del 0.9 por ciento del pago total de prestaciones.

SEGURO DE DESEMPLEO

Los programas del seguro de desempleo están diseñados para proporcionar prestaciones a los miembros de la fuerza de trabajo, empleados regularmente y que involuntariamente se convierten en desempleados y que están capacitados y dispuestos a aceptar un trabajo apropiado.

La primera ley de seguro de desempleo en los Estados Unidos de América fue establecida por el Estado de Wisconsin en 1932 y sirvió como precursora de las disposiciones del seguro de desempleo de la Ley de Seguridad Social de 1935. A diferencia de las disposiciones sobre la pensión del seguro por edad avanzada, que son manejadas sólo por el Gobierno Federal, el sistema del

seguro de desempleo fue creado con un carácter tanto federal como estatal. Los factores que influyeron en la adopción de este tipo de sistema fueron, entre otros: la existencia de la ley de Wisconsin, la preocupación sobre la constitucionalidad de un sistema exclusivamente federal, así como algunos aspectos de administración aún no probados.

Por medio de compensación de impuestos, la Ley de Seguridad Social ofrece incentivos a los estados para que pongan en vigor las leyes de seguro de desempleo. Se fijó un impuesto nacional uniforme sobre las nóminas de los patrones del sector comercial e industrial que durante 20 o más semanas en un año calendario empleen a 8 o más trabajadores. Aquellos patrones que paguen impuestos a un estado con ley de seguro de desempleo aprobada, pueden acumular derechos o créditos (compensatorios) hasta del 90 por ciento del impuesto estatal contra el impuesto nacional. De este modo, los patrones en los estados que no cuentan con dicha ley de seguro de desempleo no tienen esta ventaja para competir con negocios similares en los estados que tienen esta ley, ya que seguirán sujetos al impuesto federal sobre nóminas; inclusive sus empleados no tendrán derecho a recibir pensiones.

Además la Ley de Seguridad Social autoriza subvenciones a los estados para que puedan satisfacer los costos de administrar los sistemas estatales. Para julio de 1937, todos los 48 Estados, los entonces territorios de Alaska y Hawai, y el Distrito de Columbia, habían aprobado sus leyes de seguro de desempleo. Más adelante Puerto Rico adoptó su propio programa de seguro de desempleo, que fue incorporado en el sistema de los gobiernos federal y estatales en 1961. De manera parecida, el programa para los trabajadores de las Islas Vírgenes fue añadido en 1978.

La Ley Federal requiere que los programas de seguro de desempleo estatales cumplan con ciertos requerimientos para que los patrones obtengan la compensación del impuesto federal y para que el estado reciba las subvenciones federales para fines de administración. Estos requerimientos tienen el propósito de asegurar que los estados que participan en el programa cuenten

con un sistema de seguro de desempleo bien administrado y sólido financieramente.

Uno de estos requerimientos consiste en que todas las cuotas cobradas conforme a las leyes estatales sean depositadas en el fondo del fideicomiso de desempleo del Departamento del Tesoro de los E.U.A. El fondo se invierte como un todo, pero cada estado tiene asignada una cuenta por separado en la que se acreditan sus depósitos y su participación de intereses sobre inversiones. En cualquier momento un estado puede retirar dinero de su cuenta del fondo del fideicomiso, pero sólo para pagos de pensiones.⁴³ Por lo tanto, a diferencia de la mayoría de los estados que tienen leyes de seguro de incapacidad temporal e indemnizaciones a empleados, las pensiones del seguro de desempleo se pagan exclusivamente a través del fondo público. El plan del estado no puede sustituirse por ningún plan del sector privado.

Fuera de los estándares federales, cada uno de los estados tiene la responsabilidad principal del contenido y desarrollo de su ley de seguro de desempleo. El propio estado decide la cantidad y la duración de las pensiones (excepto ciertos requisitos federales sobre pensiones ampliadas de los gobiernos federal y estatales); las tasas de las cotizaciones (con límites); y, en general, los requerimientos de elegibilidad y disposiciones de descalificación. Los estados también administran directamente los programas: cobrando cotizaciones, manteniendo los registros de sueldos (en donde proceda), recibiendo solicitudes, definiendo elegibilidad, y pagando subsidios a trabajadores desempleados.

Cobertura

En 1992 había aproximadamente 108 millones de trabajadores en empleos cubiertos por el seguro de desempleo. En un principio la cobertura había sido limitada al trabajo protegido por la Ley Federal del Impuesto al Desempleo (Federal Unemployment Tax Law), que se refiere básicamente a los trabajadores industriales y comerciales del sector

privado. Más tarde, dos leyes Federales: Las Reformas a la Seguridad del Empleo de 1970 y las Reformas a los Subsidios por Desempleo de 1976, añadieron significativamente el número y tipos de trabajadores protegidos por los programas estatales.

Los patrones del sector privado de la industria y comercio están sujetos a la ley si emplean a uno o más individuos por lo menos 20 semanas durante el año en curso o anterior o si pagan sueldos de US\$1,500 o más durante cualquier trimestre calendario en el año en curso o anterior. Los trabajadores agrícolas están asegurados en las granjas que paguen una nómina trimestral mínima de US\$20,000 con 10 o más empleados durante 20 semanas del año. Los trabajadores(as) domésticos(as) que prestan sus servicios en casas, están supeditados(as) a la Ley Federal del Impuesto al Desempleo (FUTA) si sus patrones pagan sueldos de US\$1,000 o más en un trimestre calendario. Los trabajadores empleados por sus propias familias y los autoempleados están excluidos de esta cobertura.

Los empleados del gobierno local y estatal y los empleados de la mayoría de las organizaciones no lucrativas, están exentos también de la Ley Federal de Impuestos al Desempleo (FUTA). Sin embargo, como resultado de la legislación federal puesta en vigor en 1976, la mayoría de los empleados de estos grupos deben estar amparados actualmente por la ley estatal como condición para asegurar la aprobación federal de la ley estatal. Bajo esta forma de cobertura, tanto el gobierno local como los patrones de las organizaciones no lucrativas tienen la opción de pagar sus cuotas conforme a la Ley Federal de Impuestos al Desempleo o de reintegrar al estado los gastos efectuados por concepto de subsidios. Los funcionarios electos, legisladores, miembros del poder judicial, y la Guardia Nacional del Estado, siguen excluidos al igual que los trabajadores de organizaciones no lucrativas que emplean a menos de cuatro trabajadores en 20 semanas del año calendario en curso o anterior. Muchos estados han extendido la cobertura mucho más de lo que estipula la legislación federal.

Los empleados civiles federales y ex-miembros del servicio militar han sido cubiertos por el sistema del seguro de desempleo por medio de una legislación federal especial. Los subsidios para estas personas están financiados a través de fondos federales pero administrados por los estados y pagados de conformidad con las disposiciones contenidas en las leyes estatales. Sin embargo, la ley federal prescribe ciertos requerimientos de elegibilidad y una duración máxima de 13 semanas para subsidios a los ex-miembros del servicio militar. Los trabajadores ferrocarrileros están cubiertos por una ley de seguro de desempleo independiente aprobada por el Congreso. Esta ley está asociada con otros programas de subsidios para personas empleadas en la industria del ferrocarril, descritos más adelante.

Elegibilidad para Subsidios

Se cuenta con los subsidios de desempleo como un derecho adquirido (sin comprobación de ingresos) para los trabajadores desempleados que demuestren su vinculación a la fuerza de trabajo por un período determinado de trabajo reciente y/o de ingresos en trabajo cubierto.⁴⁴ Para tener derecho a recibir subsidios, los trabajadores deben estar preparados y dispuestos a trabajar y deben estar registrados, para fines de trabajo, en la oficina de empleo público del estado. Sin embargo, pueden negárseles subsidios a aquellos trabajadores que cumplan con estas condiciones de elegibilidad pero que se determine que son responsables de su propio desempleo.

Requerimientos de trabajo.- Los derechos del trabajador a subsidios en efectivo están basados en su empleo en trabajos cubiertos durante un período anterior de referencia, llamado el "período base", y estos derechos a subsidios son los mismos para un "año de subsidios". El período base en la mayoría de los estados son los primeros cuatro trimestres de los últimos cinco trimestres calendario completos anteriores a la solicitud de subsidios de desempleo. Seis estados especifican ingresos por una suma mínima fija desde \$1,000 hasta

\$2,800 en el período base para tener derecho a calificar. Una cuarta parte de los estados expresan sus requisitos de ingresos en términos de un múltiplo del subsidio al que tendrá derecho el individuo (cerca de 30 veces la cantidad del subsidio semanal). Sin embargo, la mayor parte de estas jurisdicciones tienen un requerimiento adicional en el sentido de que los sueldos sean devengados en más de un trimestre calendario o que una cantidad específica de sueldos sea devengada en un trimestre calendario distinto al que el solicitante haya tenido mayores ingresos. Casi la mitad de los estados requieren simple y sencillamente de sueldos del período base por un total de un múltiplo especificado (en general 1.5) del sueldo más alto que el trabajador haya ganado en el trimestre. Ocho estados requieren un número mínimo de semanas de trabajo cotizado (en un estado, se requiere un número mínimo de horas) casi siempre reforzado por el requisito de un promedio o una cantidad mínima de sueldo por semana.

Si el trabajador desempleado tiene suficientes ingresos o semanas de trabajo en su período base y por lo tanto es elegible para recibir subsidios, su elegibilidad se extiende a través de un "año de subsidios", es decir, un período de 52 semanas que en general se inicia el día o la semana para la que el trabajador presentó su solicitud de subsidio por primera vez. Ningún estado permite que alguien que recibió subsidios por un "año de subsidios" califique para recibir subsidios en un segundo "año de subsidios", a menos que haya tenido trabajo entre el primero y el segundo año.

Otros requerimientos.- Para poder otorgar subsidios, todos los estados requieren que los solicitantes estén capacitados y estén dispuestos a trabajar -que pertenezcan a la fuerza de trabajo y que su desempleo sea consecuencia de la falta de empleo. Una forma de demostrar su capacidad para trabajar es presentar sus solicitudes y registrarse en la oficina de empleo del estado en busca de trabajo. Para que un trabajador desempleado califique para recibir subsidios, la mayoría de las entidades del estado requieren que haga esfuerzos por su propia cuenta para buscar trabajo, además de los esfuerzos que realice la propia agencia.

Once estados han añadido una restricción que señala que los individuos que se incapaciten después de haber presentado sus solicitudes y de haberse registrado para buscar trabajo, serán elegibles para recibir subsidios siempre que no hayan rechazado ningún empleo apropiado excepto por motivos de su incapacidad (limitado a 3 semanas en Massachusetts y 6 semanas en Alaska). La gran mayoría de los estados tienen disposiciones especiales para descalificación que limitan específicamente los derechos de este tipo de subsidios a estudiantes por considerar que no cuentan con tiempo disponible para trabajar mientras asisten a clases. La Ley Federal también restringe la elegibilidad de subsidios para ciertos grupos de trabajadores bajo determinadas condiciones: personal de escuelas entre años académicos, atletas profesionales entre temporadas de deportes, y extranjeros no legalizados en los Estados Unidos.

Las razones más importantes para descalificar y no obtener subsidios son: separación voluntaria del trabajo sin causa justificada; despido por mala conducta en el trabajo; rechazo sin causa justificada a solicitar o aceptar un empleo apropiado; y desempleo debido a conflicto laboral. En todas las jurisdicciones la descalificación tiene como propósito por lo menos retrasar el pago de subsidios al trabajador. La descalificación puede ser por un período uniforme específico, por un período variable, o por el período completo de desempleo de acuerdo con la ley de descalificación. Algunos estados no sólo posponen el pago del subsidio, sino también reducen la cantidad pendiente de pago al solicitante durante un período determinado de desempleo. Los derechos a subsidio sin embargo, no pueden eliminarse por completo en todo el "año de subsidio" en base a una ley de descalificación, con excepción de despido por mala conducta, fraude, o ingresos que motiven dicha descalificación. Así mismo, ningún estado puede negar los subsidios del seguro de desempleo cuando un solicitante recibe capacitación en un programa aprobado.

La Ley Federal del Impuesto al Desempleo también estipula que ningún estado

puede negar subsidio a un solicitante si se rehusa aceptar un nuevo trabajo con condiciones laborales que sean económicamente inconvenientes, o en donde se requiera que ingrese al sindicato de una compañía o renuncie o se abstenga de incorporarse a algún gremio laboral de buena fe. Sin embargo, el desempleo por disputas laborales da lugar, en todos los estados, a posponer los subsidios, generalmente por un período indefinido dependiendo del tiempo que dure el desempleo ocasionado por disputas. Las leyes del estado varían sobre la forma en que la descalificación se aplica a los trabajadores no involucrados directamente en las disputas.

Bajo ciertas condiciones, las leyes federales requieren que los estados reduzcan los subsidios semanales por la misma cantidad que cualquier pensión por incapacidad, jubilación o cualesquier pensión del gobierno, incluyendo las pensiones de la seguridad social y las anualidades de la jubilación para empleados de los ferrocarriles. Los estados pueden reducir los subsidios a menos de una base de dólar por dólar para tomar en cuenta las cuotas pagadas por el trabajador al plan de pensiones.

En casi la mitad de los estados, las indemnizaciones a los trabajadores descalifica al trabajador para propósitos de seguro de desempleo para la semana en cuestión o reduce el subsidio del seguro de desempleo por la cantidad de las indemnizaciones a los trabajadores. De igual manera, en la mitad de los estados los sueldos en sustitución de avisos o terminación de pagos también descalifican para subsidios o reducen el subsidio semanal.

Tipos e Importes de Subsidios

Conforme a los programas estatales de seguro de desempleo, en diciembre de 1992 un promedio de 3.3 millones de trabajadores desempleados recibieron subsidios semanales. El subsidio semanal promedio fue de \$174; la duración promedio de dichos subsidios (programa regular) para el período de 12 meses que terminó en diciembre de 1992 fue de 16.2

semanas. Los pagos de subsidios en 1992 representaron un total de US\$26,000 millones.⁴⁵

De acuerdo con todas las leyes estatales, el importe del subsidio semanal -esto es, la cantidad a pagar semanalmente por desempleo total- varía de acuerdo con los sueldos anteriores del trabajador dentro de ciertos límites mínimos y máximos. En casi todos los estados, la fórmula está diseñada para compensar una fracción del sueldo semanal usual, normalmente alrededor del 50 por ciento, sujeta a cantidades máximas especificadas.

Tres cuartas partes de las leyes aplican una fórmula que calcula los subsidios semanales como una fracción de los sueldos en uno o más trimestres del período base. La fracción se toma, por regla general, de los sueldos más altos del trimestre, ya que ese trimestre refleja casi siempre un trabajo de tiempo completo. La misma fracción se usa en la mayoría de los estados para todos los niveles de subsidios. Las otras leyes aplican un programa ponderado que da como resultado una proporción mayor de los sueldos más altos del trimestre para los trabajadores con menores ingresos que para los trabajadores de mayores ingresos.

Cinco estados calculan el importe semanal del subsidio como un porcentaje de sueldos anuales. Ocho estados basan el subsidio semanal directamente sobre los sueldos semanales promedio durante un período reciente.

Cada estado establece un tope para el importe semanal del subsidio y ningún trabajador puede recibir un importe mayor a dicho tope. El máximo puede ser una cantidad fija o flexible. Conforme a este último arreglo, que fue adoptado en 36 jurisdicciones, el máximo se ajusta automáticamente según los sueldos semanales de los trabajadores asegurados. En estas jurisdicciones el máximo está expresado como un porcentaje del sueldo semanal promedio en todo el estado -de 49 por ciento al 70 por ciento-. Dichas estipulaciones eliminan la necesidad de reformar constantemente el importe fijo máximo estatutario al cambiar los niveles de sueldos.

El subsidio semanal máximo para todos los estados varía de US\$133 a US\$335 (excluyendo los subsidios para dependientes que fue estipulado por 14 jurisdicciones). Debido a que los aumentos estatutarios del máximo tienden a rezagarse en relación al aumento de los niveles salariales, los máximos en aquellos estados que tienen cantidades fijas sirven con frecuencia para reducir los importes de los subsidios de los trabajadores hasta menos de un nivel del 50 por ciento. En todos los estados se proporcionan los límites mínimos para subsidios que abarcan desde US\$5 hasta US\$69 por semana.

Además todos los estados pagan el importe total de subsidio semanal cuando, un solicitante ha trabajado durante la semana pero ha ganado menos de una cantidad especificada relativamente pequeña. Todos los estados proporcionan el pago de subsidios semanales reducidos -pagos parciales- en caso de que el sueldo recibido por dicho trabajo exceda a la cantidad especificada. En la mayoría de los estados, esta cantidad se define como el sueldo ganado por una semana más corta que una semana de tiempo completo y por una suma menor que el importe del subsidio regular semanal del solicitante.

Trece estados y el Distrito de Columbia brindan subsidios adicionales para ciertos dependientes; todos incluyen a los hijos menores de 16, 18, o 19 años (mayores en caso de estar incapacitados). Diez estados incluyen al cónyuge que no trabaja, y otros tres consideran a otros familiares dependientes. La cantidad asignada a cada dependiente varía considerablemente en cada estado, por regla general es de US\$20 o menos por semana y en la mayoría de los estados, la cantidad es la misma para cada dependiente.

Todos, excepto 11 estados requieren de un período de espera de 1 semana de desempleo total antes de empezar a pagar subsidios. Cuatro estados pagan subsidios de manera retroactiva si el plazo de espera dura un determinado período o si el empleado regresa a trabajar dentro de un tiempo especificado. Todas, excepto dos jurisdicciones proporcionan una duración máxima estatutaria de 26 semanas de subsidios durante un "año de subsidios." Sin embargo, sólo nueve jurisdicciones proporcionan la misma duración máxima

para todos los solicitantes. Las otras 44 jurisdicciones varían la duración de los subsidios a través de diversas fórmulas que relacionan la duración potencial a la cantidad de las ganancias anteriores, o al empleo casi siempre limitando los subsidios totales a una cierta fracción de las ganancias del período base o al múltiplo especificado del importe del subsidio semanal, el que resulte menor.

En los años 1970 se estableció un programa permanente de los gobiernos federal y estatales para subsidios por períodos extendidos a los trabajadores que agotan sus derechos a subsidios regulares del estado en épocas de alto desempleo. Este programa de subsidios por períodos ampliados está financiado por fondos federales y estatales. Las condiciones de empleo en un estado individual activa la extensión del período. Esto ocurre cuando el promedio de la tasa de desempleo entre trabajadores asegurados en un estado es 5 por ciento o más en un período de 13 semanas, y por lo menos 20 por ciento más que la tasa del mismo período en los dos años anteriores. Si la tasa de desempleo asegurado llega al 6 por ciento, un estado puede de acuerdo con la ley desconocer el requerimiento del 20 por ciento para activar la extensión de dicho período. Una vez activado el programa, las estipulaciones de la extensión siguen en vigor por lo menos 13 semanas. Cuando un período de subsidios en un estado termina, la extensión del período de subsidios para los trabajadores también termina, aún cuando hayan recibido menos de sus derechos y de que sigan desempleados. Además, una vez que termina un período de subsidios en un estado, no es posible empezar otro período a nivel estatal por lo menos durante 13 semanas. De enero a julio de 1991 se activó el programa de extensión de períodos de subsidios en nueve jurisdicciones - Alaska, Maine, Massachusetts, Michigan, Oregon, Puerto Rico, Rhode Island, Vermont, y West Virginia.

La ley estatal determina la mayoría de las condiciones de elegibilidad para recibir subsidios por períodos semanales extendidos. Sin embargo, de acuerdo con la ley federal cualquier persona que solicite la subsidios por períodos

extendidos de sus subsidios debe tener veinte semanas de trabajo de tiempo completo (o su equivalente en sueldos cubiertos) y debe llenar ciertos requerimientos de trabajo. El trabajador que agote sus subsidios regulares es elegible para un aumento del 50 por ciento respecto a la duración de los subsidios por un máximo de 13 semanas. Existe sin embargo un máximo general de 39 semanas para subsidios regulares y para subsidios por períodos extendidos. Los pagos de los subsidios extendidos son de acuerdo con la misma tasa que la cantidad semanal establecida en el programa regular del estado.

Financiamiento

A todos los patrones sujetos a la Ley Federal del Impuesto al Desempleo, se les cobra un impuesto del 6.2 por ciento sobre los primeros \$7,000 anuales de los sueldos de cada empleado asegurado, en vigor desde enero de 1985. Sin embargo, los patrones no pagan la cantidad total porque pueden compensar el pago del impuesto federal con el importe de las cuotas sobre nóminas para el programa estatal de seguro de desempleo establecido por la ley. La deducción puede incluir otros ahorros sobre el impuesto estatal acumulado bajo un plan aprobado de antecedentes del asegurado, como se describe más adelante. Las deducciones a favor de los patrones en un estado, disminuyen en caso de que el estado se haya retrasado en la amortización de sus préstamos al Gobierno Federal. Muchos estados obtienen este tipo de préstamos cuando sus reservas para pagar subsidios se agotan durante períodos de alto desempleo. En julio de 1991, sólo dos estados tenían saldos pendientes de pago por concepto de préstamos.

A partir de enero de 1985, el total de deducciones no puede ser mayor del 5.4 por ciento de los sueldos gravables. El Gobierno Federal cobra el 0.8 por ciento restante, incluyendo un recargo temporal del 0.2 por ciento. La porción permanente del 0.6 por ciento se aplica para gastos de administración del programa del seguro de desempleo, para la participación del 50 por ciento de los costos de subsidios prorrogados, y para préstamos a los estados con reservas agotadas para el pago de subsidios. Cualquier excedente se distribuye

entre los estados en forma proporcional a sus nóminas gravables. Los préstamos a los estados se hacían sin cobrar intereses, pero, desde abril de 1982, generan intereses, excepto ciertos préstamos de "flujo de efectivo" a corto plazo. La participación temporal del 0.2 por ciento, se utiliza para reintegrar los préstamos generales sobre ingresos, efectuados para apoyar la participación federal en los períodos extendidos de subsidios. Este recargo decretado en 1976, fue prorrogado a diciembre 31 de 1995 por una ley de 1990. Todos los estados financian los subsidios de desempleo casi totalmente a través de las aportaciones patronales. No existen impuestos federales para los empleados; sólo tres estados les cobran aportaciones. En enero de 1991, 38 jurisdicciones habían adoptado bases de impuestos más altas que la base federal de US\$7,000.

La mayoría de los estados tienen una tasa fiscal estándar del 5.4 por ciento sobre nómina gravable. El impuesto real que paga un patrón depende en general del registro del patrón sobre estabilidad en el empleo. Excepto Puerto Rico, todas las jurisdicciones usan este sistema llamado "antecedentes del asegurado." De acuerdo con los antecedentes del asegurado varía la tasa de aportación del patrón al estado sobre la base de su registro de estabilidad del empleo, que se mide generalmente por los costos de subsidios atribuibles a sus ex-empleados. A los patrones con antecedentes favorables de costo de subsidios se les asignan tasas menores que el 5.4 por ciento estándar, y a los que tienen antecedentes menos favorables se les asignan tasas más altas.

Las disposiciones de los sistemas ajustados a antecedentes favorables varían mucho entre estados. En 47 estados la cantidad de subsidios pagados a los ex-trabajadores de un patrón es el factor básico para medir sus antecedentes. Los otros estados se basan en la tasa de separación de trabajadores al servicio de un patrón, o en la reducción de sus nóminas. Los subsidios se cobran por lo general, a todos los patrones que pagaron sueldos al solicitante durante el período base, ya sea en forma proporcional o en orden inverso del empleo. Sin embargo, unos cuantos estados cobran los subsidios exclusivamente al patrón que despide a los trabajadores. En algunos estados, no se cargan a la cuenta de un patrón los subsidios pagados después de que el solicitante es descalificado.

También pueden modificarse las tasas de las cuotas según el saldo actual del fondo del fideicomiso del seguro de desempleo de cada estado. Cuando dicho saldo llega a un nivel más bajo que el especificado, se aumentan las tasas. En algunos estados es posible que al patrón con antecedentes favorables se le asigne una tasa de impuestos tan baja como cero por ciento; la máxima en uno de los estados es 10.5 por ciento.

En 1992 la tasa promedio nacional de cuotas patronales realmente pagada fue 2.2 por ciento sobre nóminas gravables u, 0.8 por ciento de los sueldos totales en trabajos cubiertos. La tasa promedio de cuotas varió seriamente de estado a estado. El porcentaje de la nómina gravable estatal varió de 0.6 a 5.4. El porcentaje de los sueldos totales varió de 0.3 a 2.9. Las organizaciones no lucrativas y los gobiernos locales y estatales tienen la opción de reintegrar al fondo del estado los subsidios del seguro de desempleo necesarios para cubrirlos o a pagar los impuestos estatales de desempleo sobre la misma base que los demás patrones.

Los estados no cobran impuestos por la administración de las leyes del seguro de desempleo; los fondos son asignados anualmente por el Congreso, derivados de los productos del impuesto al desempleo para la "adecuada y eficiente administración" del programa de los gobiernos federal y estatales.

Administración

Los reglamentos federales no cubren la forma de la organización que administra el seguro de desempleo o su lugar en el gobierno estatal. Veintisiete estados han colocado sus dependencias de seguro de desempleo en el Departamento del Trabajo y bajo algunas otras entidades estatales. Los otros tienen comisiones, departamentos o consejos independientes encargados de

administrar el programa. Los consejos consultivos han sido establecidos en todas las jurisdicciones menos en tres; 46 de ellos se establecieron por mandato de ley. Los consejos ayudan a las dependencias de seguro de desempleo en la formulación de políticas, así como a hacer frente a cualquier problema relacionado con la administración de la Ley de Estabilidad Laboral (Employment Security Act). En la mayoría de los estados se incluye en los consejos representación proporcional de los trabajadores y de la administración, así como representantes del interés público.

Las dependencias estatales operan a través de oficinas locales de promoción del empleo y de seguros de desempleo de tiempo completo. Estas oficinas tramitan las solicitudes de seguro de desempleo y también proporcionan una gran variedad de servicios de colocación y promoción laboral. Las oficinas de empleo estatales fueron establecidas por el Congreso en 1933 de acuerdo con la Ley Wagner-Peyser, y son las que precedieron las disposiciones de seguro de desempleo de la Ley de Seguridad Social.

Las funciones federales del programa de seguro de desempleo son principalmente responsabilidad del Servicio de Seguro de Desempleo de la Administración de Capacitación y Empleo en el Departamento del Trabajo de los Estados Unidos. El Internal Revenue Service (Departamento de Ingresos) en el Departamento del Tesoro recoge los impuestos FUTA, correspondientes a la Ley Federal del Impuesto al Desempleo (Federal Unemployment Tax Act) y el Departamento del Tesoro también administra el Fondo Fiduciario del Seguro de Desempleo. El Servicio de Seguro de Desempleo evalúa cada año, si los programas estatales están de acuerdo con los requerimientos federales, proporciona asistencia técnica a las dependencias estatales y funge como centro de distribución de información estadística.

Las solicitudes deben presentarse 7 días después de la semana por la que se hace la solicitud, a menos que exista alguna buena causa para su presentación posterior. Deben continuarse presentando durante el período de desempleo, por

lo general cada semana y personalmente, los subsidios se pagan semanalmente.

Todos los estados han adoptados convenios interestatales para el pago de prestaciones a los trabajadores que cruzan las fronteras estatales. Asimismo, todos los estados han celebrado convenios especiales de combinación de salarios para los trabajadores cuando su salario proviene de dos o más estados.

De acuerdo con las leyes federales, cuando las solicitudes de los trabajadores han sido rechazadas los estados deben proporcionar a los trabajadores la oportunidad de tener una audiencia justa ante un tribunal imparcial. Por lo general, existen dos niveles de apelación administrativa: el primero ante un árbitro o tribunal, y posteriormente, ante un consejo de revisión. Los fallos del consejo de revisión pueden ser apelados ante los tribunales estatales en todas las jurisdicciones.

INDEMNIZACIÓN DE LOS TRABAJADORES

La indemnización de los trabajadores, diseñada para proporcionar subsidios en efectivo y atención médica cuando los trabajadores sufren lesiones como resultado de su trabajo, así como pensiones para los dependientes de un trabajador fallecido como resultado de un accidente relacionado con su trabajo, fueron las primeras formas de seguro social que se extendieron en todos los Estados Unidos. El Gobierno Federal indicó el camino a seguir, protegiendo a sus empleados civiles con una ley que fue aprobada en 1908 y promulgada de nuevo en 1916. Leyes similares fueron promulgadas en 9 estados en 1911, y para 1920 todos los estados con excepción de seis tenían dichas leyes.

En la actualidad, están en funcionamiento 55 programas de indemnización a los trabajadores. Cada uno de los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico y las Islas Vírgenes tienen su propio programa de indemnización a los trabajadores. Asimismo, dos programas federales de indemnización a los trabajadores ofrecen cobertura para los empleados del Gobierno Federal y para

los trabajadores costeros y de los puertos en todo el país. Otro programa federal también protege a los mineros de las minas de carbón que sufran de neumoconiosis o enfermedad de "pulmones negros". En este programa, que fue puesto en vigor en 1969, los mineros incapacitados por la enfermedad de pulmones negros y sus dependientes o sobrevivientes recibían pensiones o subsidios mensuales en efectivo. Las prestaciones médicas también son pagaderas en los casos de un diagnóstico de neumoconiosis.

Cobertura

En 1991, las leyes federales y estatales para la indemnización de los trabajadores cubrían a unos 93.6 millones de empleados, es decir el 88% de la mano de obra asalariada empleada en la Nación. Sólo en New Hampshire las leyes estatales incluyen en su cobertura a todos los trabajos. Entre las excepciones más comunes se encuentra el servicio doméstico, el empleo agrícola y la mano de obra eventual. Sin embargo, 39 programas tienen ahora alguna cobertura para los trabajadores agrícolas y 25 programas tienen alguna cobertura para los empleados domésticos.

Muchos programas excluyen a los empleados de instituciones religiosas, de caridad o sin fines lucrativos; algunos limitan la cobertura de los trabajadores en ocupaciones peligrosas. En 14 programas los patrones que tienen menos de un número especificado de empleados están exentos de cobertura (menos de 3 empleados en 8 estados, menos de 4 en 3 estados, y menos de 5 en 3 estados).

La cobertura de los empleados públicos locales y estatales difiere grandemente de un programa estatal a otro. Treinta programas proporcionan cobertura total, sin especificar excepciones. Algunos tienen cobertura amplia, excluyendo sólo a aquellos grupos de funcionarios designados o elegidos. Otros programas limitan la cobertura a los empleados públicos de subdivisiones políticas específicas o a empleados que tienen ocupaciones peligrosas. En algunos estados la cobertura de los empleados

gubernamentales es totalmente opcional para el estado o la ciudad o cualquier otra subdivisión política.

Otros dos grupos importantes fuera de la cobertura de las leyes de indemnización para los trabajadores son los empleados ferrocarrileros que participan en comercio interestatal y los marineros en la marina mercante de los Estados Unidos. Estos trabajadores están cubiertos por las disposiciones federales estatutarias de responsabilidad del patrón que otorgan al empleado el derecho de acusar a un patrón de negligencia. El patrón no puede apelar a las defensas del derecho civil de asunción de riesgo, negligencia de un colega trabajador o imprudencia concurrente.

Los programas son obligatorios para la mayoría de los trabajos cubiertos en la industria privada excepto en Nueva Jersey, Carolina del Sur y Texas. En estos tres estados, los programas son optativos, es decir, los patrones pueden aceptar o rechazar la cobertura conforma a la ley; pero en caso de que la rechacen pierden las defensas comunes del derecho civil en contra de demandas entabladas por los empleados en la industria privada.

Los programas también varían respecto a los métodos utilizados para asegurar que la compensación será pagada cuando se deba. Ningún programa depende de la autoridad fiscal general para financiar la indemnización de los trabajadores. En la mayoría de los programas los patrones pueden tener seguros en contra de accidentes de trabajo con aseguradoras comerciales o calificar como autoaseguradoras dando evidencia de su capacidad financiera para hacer frente a sus propios riesgos. En ocho jurisdicciones, sin embargo, no se permiten los seguros comerciales. En cuatro de estas áreas, los patrones deben asegurarse con un fondo o caja de seguro estatal exclusivo y en las cuatro restantes, deben asegurarse con un fondo de seguro estatal exclusivo o autoasegurarse. En 14 jurisdicciones, el fondo estatal es "competitivo" con las aseguradoras privadas. Los empleados federales reciben protección a través de un sistema operado y financiado en forma federal. El cuadro 5 muestra las pensiones pagadas por indemnización a los trabajadores, incluyendo los pagos por enfermedad de

pulmones negros por tipo de seguro. Asimismo, muestra las cantidades en dinero por prestaciones médicas, así como prestaciones y costos del empleador, relativo a la cobertura de nómina.

Tabla 5.- Prestaciones y costos en los programas de indemnización de los trabajadores en años seleccionados del período 1940-88. ⁽¹⁾

Año	Prestaciones pagadas durante el año (en millones)				Tipo de prestaciones		Porcentaje de la nómina cubierto ⁵	
	Tipo de seguro				Médicas y hospitalarias	Indemnización en dinero	Costo	Prestaciones
	Total	Pérdidas aseguradas pagadas por privados	Fondo Estatal Desembolsable ³	Pagos a empleados independientes ⁴				
1940.....	\$256	\$135	\$73	\$48	\$95	\$161	1.19	0.72
1950.....	615	381	149	85	200	415	.89	.54
1955.....	916	563	238	115	325	591	.91	.55
1960.....	1,295	810	325	160	435	860	.93	.59
1965.....	1,814	1,124	445	244	600	1,214	1.00	.61
1970.....	3,031	1,843	755	432	1,050	1,981	1.11	.66
1975.....	6,598	3,422	2,324	852	2,030	4,568	1.32	.83
1980.....	13,562	7,023	4,333	2,206	3,930	9,632	1.96	1.06
1985.....	22,472	12,341	5,874	4,257	7,485	14,987	1.81	1.31
1986.....	24,647	13,827	6,248	4,572	8,654	15,993	1.97	1.37
1987.....	27,390	15,453	6,782	5,154	9,940	17,450	2.06	1.43
1988.....	30,789	17,512	7,442	5,836	11,540	19,249	2.15	1.49

1 A partir de 1960, incluye Alaska y Hawai.

2 Pagos netos y pagos de prestaciones médicas en dinero durante el año calendario por compañías de seguros privadas bajo las normas de indemnización para los trabajadores.

3 Pagos netos y prestaciones médicas en dinero pagados por, fondos estatales exclusivos, del programa federal para empleados de gobierno, y a partir de 1970, por el programa Federal de prestaciones pulmones negros.

4 Prestaciones médicas en dinero pagadas por asegurados voluntarios, más el valor de las prestaciones médicas pagadas por empleadores que tienen políticas de indemnizaciones a los trabajadores que excluyen cobertura médica normal.

5 Excluye programas de ingresos totales - las mayores prestaciones del programa de pulmones negros y pensiones suplementarias en algunos Estados.

6 Las primas han sido definidas por aseguradoras privadas y fondos estatales y las prestaciones pagados por asegurados voluntarios permitieron incrementar el costo administrativo. También incluye prestaciones pagadas y costos administrativos del sistema federal para empleados gubernamentales.

Elegibilidad para obtener Prestaciones

Aun cuando en principio se limitaban a lesiones o enfermedades que pudieran identificarse como "accidentes" industriales, el alcance de los programas se ha ampliado para cubrir también las enfermedades ocupacionales. Sin embargo, la protección en contra de enfermedades ocupacionales todavía está restringida debido a limitaciones de tiempo que todavía se tienen en muchos estados, para la presentación de la demanda. Es decir, las prestaciones para enfermedades con largos períodos de latencia no son pagaderas en muchos casos porque la mayoría de las leyes estatales pagan prestaciones sólo si la incapacidad o muerte ocurre dentro de un tiempo relativamente corto después de la última exposición a la enfermedad ocupacional (como de 1 a 3 años) o si la demanda se presenta dentro de un período similar después de la manifestación de la enfermedad o incapacidad. Algunos programas restringen el alcance de las prestaciones en casos de enfermedades relacionadas con polvo como son silicosis y asbestosis.

Estas restricciones de elegibilidad reflejan los problemas asociados con la determinación de las causas de la enfermedad. Las enfermedades relacionadas con el trabajo como son enfermedades del corazón, trastornos respiratorios y otras enfermedades comunes pueden ser causadas por una gran variedad de agentes causantes en el entorno del individuo. El papel del lugar de trabajo para considerarse la causa de dicha enfermedad con frecuencia es muy difícil de determinar para cualquier individuo.

Tipos y cantidades de prestaciones

Las prestaciones otorgadas dentro de la indemnización a los trabajadores incluyen pagos periódicos en efectivo y servicios médicos para el trabajador durante el período de incapacidad y fallecimiento, así como prestaciones funerarias para los sobrevivientes del trabajador. En la mayoría de los programas se permite el arreglo del pago de una cantidad específica. Sin embargo, este tipo de arreglos pueden en algunos casos proporcionar protección inadecuada.

cuada a los trabajadores incapacitados, especialmente cuando los arreglos del pago de una sola suma evitan el pago de prestaciones futuras (en especial de atención médica) cuando la condición discapacitante se presenta de nuevo. En muchos estados, se incluyen prestaciones especiales (por ejemplo, subsidios para la manutención durante la rehabilitación y otros servicios de rehabilitación para los trabajadores lesionados). Para ofrecer un incentivo adicional a los patrones en su obediencia a las leyes laborales infantiles, deben otorgarse prestaciones adicionales a menores lesionados mientras se les emplea ilegalmente.

Las prestaciones en efectivo en casos de incapacidad total temporal, incapacidad total permanente, incapacidad parcial permanente y muerte del sostén de la familia por lo general se calculan como un porcentaje de los ingresos semanales en el momento del accidente o del fallecimiento, que casi siempre corresponde al 66-2/3 por ciento. En algunos estados, el porcentaje varía de acuerdo al estado civil del trabajador y el número de hijos dependientes, especialmente en caso de muerte.

Todos los programas sin embargo, tienen un tope máximo en dólares sobre las cantidades pagaderas semanalmente a un trabajador incapacitado o a sus sobrevivientes, con el resultado de que algunos beneficiarios (en general trabajadores de sueldo alto) reciben una cantidad menor a la indicada por estos porcentajes. Cuatro de cinco programas han adoptado disposiciones flexibles para establecer las cantidades máximas semanales de prestaciones, con base en ajustes automáticos en relación con el salario semanal promedio en la jurisdicción. Sin estos ajustes automáticos, la legislación anual debería aumentar la cantidad máxima de prestaciones semanales; por consiguiente, un número aún mayor de trabajadores lesionados dejaría de recibir una prestación igual al porcentaje del estado.

Otras disposiciones en los programas de indemnización de los trabajadores, limitan el número de semanas por las que se paga indemnización o la cantidad agregada que puede pagarse en un caso determinado, y establecen los

requerimientos del período de espera. Estas disposiciones también operan para reducir el porcentaje especificado.

La indemnización es pagadera en todas las jurisdicciones, excepto en las Islas Vírgenes, después de un período de espera que varía de 3 a 7 días, siendo lo más común un período de 3 días. Sin embargo, para los trabajadores cuya incapacidad continúa durante un tiempo específico, de 4 días a 6 semanas, el pago de la pensión por incapacidad es retroactiva a la fecha de la lesión.

Incapacidad total permanente y temporal.- Una gran mayoría de los casos de indemnización comprenden una incapacidad total temporal, es decir, el empleado no puede trabajar en absoluto mientras se recupera de la lesión, pero se espera que se recupere por completo. Cuando se determina que el trabajador estará incapacitado en forma permanente y total para cualquier tipo de empleo que reditúe algún ingreso, se pagan pensiones por incapacidad total permanente. Tanto la incapacidad total permanente como la temporal se indemnizan por lo general a la misma tasa. Para una incapacidad temporal, la pensión semanal máxima (excluyendo los subsidios para dependientes) va de US\$225 dólares a US\$737 (US\$65 en Puerto Rico y US\$1,204.36 para empleados civiles federales). La media estatal máxima en julio de 1992 fue de US\$409 dólares.

Casi todos los programas estipulan pensiones de incapacidad temporal y si existe la posibilidad de mejoría, también se estipulan prestaciones de tratamiento médico. No obstante, 16 programas especifican pago de pensiones sólo hasta un número máximo de semanas, un total monetario máximo o ambas cosas.

Si la lesión total parece ser permanente, 44 programas establecen el pago de pensiones semanales durante toda la vida o durante todo el período de incapacidad. Algunos programas reducen la pensión semanal después de un determinado período o proporcionan pagos discretionales después de determinado tiempo. En los 8 programas en donde las pensiones por incapacidad

total permanente están limitadas en duración o en cantidad, o en ambas cosas, el período va de 260 semanas a 700 semanas. Algunos programas disponen pagos adicionales para una enfermera o asistente si es necesario.

En 10 estados y en el programa de empleados civiles federales, las personas lesionadas que son indemnizadas por incapacidad total permanente y/o temporal reciben subsidios adicionales para dependientes. En dos de estos programas, dichos pagos sólo se hacen en caso de incapacidad temporal y en otros dos estas pensiones son sólo para casos de incapacidad permanente. Por lo general, el efecto de estas pensiones es aumentar el pago semanal máximo que recibe un trabajador incapacitado. En algunos programas sin embargo, los subsidios adicionales están limitados por la misma cantidad de pensión semanal máxima o por la cantidad máxima agregada que es pagadera haya o no haya dependientes. En otros, el término "dependientes" se define para que incluya al cónyuge al igual que a los hijos.

Incapacidad parcial permanente.- Si la incapacidad permanente de un trabajador es sólo parcial y puede o no disminuir su capacidad para trabajar, se pagará una pensión de incapacidad parcial permanente, en parte como indemnización por la lesión y por el consiguiente impedimento y sufrimiento, y parte como indemnización por una reducción potencial de su capacidad para generar ingresos. Casi siempre la ley reconoce dos tipos de incapacidades parciales permanentes: Lesiones específicas o "de cuadro típico" (como la pérdida de un brazo, pierna, ojo o alguna otra parte del cuerpo); y generales o "no típicas" como son una incapacidad causada por lesiones en la cabeza, espalda o del sistema nervioso.

La indemnización para lesiones típicas se hacen por lo general a la misma tasa que para una incapacidad total, pero está sujeta a diferentes topes máximos en dólares (generalmente más bajos) en 22 de los programas. La indemnización se determina en términos de un número fijo de semanas, sin considerar la pérdida de capacidad productiva. Para las lesiones no típicas, casi siempre la indemnización es el porcentaje del

pago por incapacidad total que corresponde al porcentaje de pérdida de salario o reducción en su capacidad para generar ingresos, que es la diferencia entre los salarios anteriores y después del deterioro. En 38 programas existen limitaciones de las cantidades máximas y/o de los períodos de pago que van de 200 semanas a 1,000 semanas y de US\$12,000 a US\$382,980.

En una gran mayoría de programas, la indemnización pagadera por incapacidad parcial permanente es adicional a la pagadera durante el período de recuperación o mientras el trabajador está temporalmente incapacitado. Casi siempre se establecen cantidades adicionales para los casos de deformación. En algunos programas no se pagan pensiones por incapacidad parcial permanente resultante de una enfermedad ocupacional; en otros, dichas pensiones son más bajas que para la incapacidad debido a una lesión accidental.

Pensiones en caso de fallecimiento.- Generalmente se paga una indemnización relacionada con los ingresos y modificada por el número de dependientes sobrevivientes de los trabajadores que mueren a causa de una lesión en el trabajo. Treinta y cinco programas establecen pagos mensuales o semanales en caso de fallecimiento durante toda la vida del cónyuge o hasta que vuelva a casarse (independientemente de la edad del cónyuge en el momento de la muerte del trabajador). Todos los programas disponen pagos para los hijos menores de 18 años o más en caso de estar incapacitados o de ser estudiantes. En 11 programas, sin embargo, las cantidades máximas pagaderas a una familia de un trabajador fallecido son limitadas y van de US\$65,000 a US\$250,000 (US\$16,500 en las Islas Vírgenes). En 16 programas los pagos están limitados a un período específico que va de 6 a 20 años (algunas veces disminuida por las pensiones pagadas al trabajador antes de su muerte). En otros, aplican límites de duración y de los montos en dólares. Muchas leyes contienen disposiciones especiales para el pago de una cantidad global a las viudas que se vuelven a casar y por lo tanto ya no califican para recibir pagos periódicos.

En todas las leyes de indemnización se tiene una disposición para el pago de

gastos funerarios sujetos a una cantidad específica máxima que va de US\$700 a US\$5,000. El pago promedio máximo es de US\$2,500. Los estados pagan estas cantidades independientemente de la disponibilidad de pensiones mensuales para los sobrevivientes, excepto en Oklahoma donde se pagan US\$1,000 para la sucesión del difunto cuando no existen dependientes.

Prestaciones Médicas.- Todas las leyes de indemnización exigen que se ofrezca asistencia médica a los trabajadores lesionados de inmediato, sin tomar en cuenta si la lesión conlleva la interrupción del trabajo. Esta asistencia médica incluye tratamiento de primeros auxilios, servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios, enfermeras, medicamentos y suministros, aparatos y prótesis.

La asistencia médica también se proporciona sin límite de tiempo o cantidad para lesiones accidentales (excepto en las Islas Vírgenes donde los límites de asistencia médica son de US\$40,000 dólares por lesión). Sólo unos cuantos programas estipulan prestaciones médicas limitadas en caso de enfermedades ocupacionales, cuidados dentales, prótesis o aparatos.

En 32 programas, el empleado tiene el derecho a designar al médico, aunque en algunos casos el médico debe elegirse de una lista preparada por la oficina estatal o por el patrón. En otros, el patrón tiene derecho a seleccionar al médico. En varios estados donde el trabajador puede elegir al médico, la dependencia administrativa tiene la facultad de solicitar el cambio de médico, y en algunos estados donde el trabajador no haga la elección original, el empleado puede elegir a su propio médico después de un período específico.

En la práctica, el derecho del patrón a designar al médico puede transferirse a la compañía aseguradora que maneja el riesgo de la atención médica y la indemnización. Algunos patrones proporcionan los servicios médicos directamente, aun cuando estén asegurados en lo referente a los costos de indemnización en efectivo. Otros están autoasegurados para obtener servicios médicos y pensiones en efectivo. Los primeros auxilios, y con menos

frecuencia las instalaciones hospitalarias, pueden ser proporcionados por el patrón en el lugar del empleo.

Debido a que la atención médica es casi siempre proporcionada por médicos privados cobrando honorarios por el servicio, los programas contienen por lo general disposiciones que limitan la responsabilidad del patrón (o asegurador) a los cargos que prevalecen por lo general en la comunidad para el tratamiento de las personas que sean del mismo nivel económico que el empleado y que pagan por su propio tratamiento. También es común encontrar disposiciones que demandan la revisión y aprobación de las facturas médicas por la dependencia administrativa.

Disposiciones Compensatorias.- Ciertos trabajadores incapacitados pueden ser elegibles para obtener subsidios en efectivo tanto del programa de indemnización de trabajadores como del programa de Seguro de Incapacidad del Seguro Social. Las reformas de 1965 a la Ley de Seguridad Social establecen una reducción en los pagos de seguridad social, de tal manera que las prestaciones totales en los dos programas no excedan del 80% de los ingresos anteriores del trabajador o de la prestación total familiar en el seguro social, lo que sea más alto, antes de la compensación. La compensación también aplica cuando el trabajador recibe pensiones por el seguro de incapacidad y pensiones del programa federal para Pulmones Negros (Parte C, financiadas por fondos del patrón).

Conforme a las leyes federales, la compensación de seguridad social no aplica si la ley estatal establece una compensación para la indemnización de los trabajadores, es decir, si los beneficios de indemnización de los trabajadores disminuyen para compensar el pago simultáneo de una pensión por seguro de incapacidad al trabajador incapacitado. En la actualidad 13 estados tienen dichas disposiciones, no obstante, la Ley Global de Conciliación (Omnibus Reconciliation Act) de 1981 eliminó la preferencia de alguna de las nuevas disposiciones de compensación estatal. De esta manera, no se espera que se pro-ulguen

disposiciones adicionales de compensación estatal con respecto a las prestaciones de seguro de incapacidad. Se renuncia a la compensación federal sólo en los casos en que se tengan disposiciones estatales de compensación para la indemnización de los trabajadores en vigor desde el 18 de febrero de 1981.

En diversos programas las prestaciones de indemnización a los trabajadores pueden disminuir debido al recibo de prestaciones de seguridad social que no sean por incapacidad, desempleo o prestaciones por incapacidad en planes privados. Asimismo, las prestaciones conforme al programa federal para la enfermedad de Pulmones Negros disminuyen en la medida en que se pague indemnización a los trabajadores que sea atribuible a la misma enfermedad.

Financiamiento

Los programas de indemnización de los trabajadores casi están exclusivamente financiados por los patrones basados en el principio de que el costo de los accidentes relacionados con el trabajo son un gasto de la empresa. Unas cuantas leyes estatales incluyen disposiciones que establecen cuotas nominales por empleado cubierto para obtener prestaciones médicas y hospitalarias.

El costo para el patrón de protección a los trabajadores varía con el riesgo involucrado y se ve influido básicamente por factores como la clasificación industrial del patrón y los riesgos de la industria, en algunos casos modificado por antecedentes favorables. En las industrias caracterizadas básicamente por operaciones administrativas, las tasas primas o "manuales" pueden ser menos del 0.1% de la nómina; en ocupaciones muy peligrosas las tasas pueden llegar a ser de hasta el 20% o más.

La tasa prima que paga un patrón en determinado estado, comparada con la tasa prima para la misma clasificación industrial en otro estado, también refleja el nivel de prestaciones proporcionadas en una jurisdicción específica. Los

costos también se ven influidos por el método utilizado para asegurar por indemnización en caso de responsabilidad civil - a través de una aseguradora comercial, de un fondo estatal competitivo o exclusivo, o a través de autoseguro - y la proporción de la prima del patrón asignada a los costos de adquisición y costos por servicios y administración general. En todo el país se estima que en 1990 el costo para los patrones de los seguros o autoseguros para el riesgo de lesiones en el trabajo fue en promedio de 2.36% de la nómina.

Los costos estatales de administrar las leyes de indemnización de los trabajadores y supervisar las operaciones de la compañía aseguradora - aseguradora privada, autoseguro y/o fondo estatal - pueden cubrirse a través de aportaciones legislativas o evaluaciones especiales en las aseguradoras y autoaseguradoras. En 1988, los programas se dividían casi 50-50 en cuanto al método utilizado para cubrir los costos administrativos.

Administración

Las leyes de indemnización de los trabajadores estatales generalmente son administradas por comisiones o consejos creados por ley. La administración de un tribunal existe en cuatro estados que tienen actividades administrativas limitadas realizadas por una unidad administrativa. Las disposiciones federales son administradas por la Oficina de Programas de Indemnización de Trabajadores del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos, exceptuando el programa de Pulmones Negros administrado por la Social Security Administration (SSA).

Por lo general, se espera que las dependencias administrativas estatales ejerzan facultades de supervisión, adjudicación y cumplimiento para asegurar un pago continuo e inmediato de las obligaciones y para garantizar el cumplimiento de las leyes. Esta actividad a menudo es realizada por consejos o comisiones. Sin embargo, en aquellos estados que tienen fondos estatales exclusivos, estas tareas administrativas se fusionan con las encargadas de

proporcionar protección de seguros, es decir, las funciones de establecer tasas, cobrar primas y pagar pensiones.

Cerca de la mitad de los programas requieren reportes de los patrones en todos los casos sobre lesiones o accidentes relacionados con el trabajo. Los otros solicitan dichos reportes sólo cuando se requiere atención médica después de los primeros auxilios, cuando se pierde tiempo después del día del accidente o cuando debe pagarse indemnización. Debe presentarse una solicitud de indemnización a la dependencia administrativa para que se dé notificación (con frecuencia en 30 días) al patrón o asegurador.

La fecha límite casi siempre no es más de 1 ó 2 años después de la lesión, principio de la incapacidad o fecha del fallecimiento. Los límites de tiempo se amplían en determinadas condiciones, especialmente con respecto a las enfermedades ocupacionales.

En la mayoría de los programas, el patrón o la aseguradora cuando reciben notificación de la lesión tienen que tomar la iniciativa para empezar el pago de la indemnización al trabajador o sus dependientes. El trabajador lesionado no tiene que celebrar un convenio y no necesita firmar ningún documento para que empiecen los pagos de indemnización. La ley especifica la cantidad que debe obtener un trabajador, si el trabajador no recibe dicha cantidad, la dependencia administrativa puede participar en el asunto, investigarlo y corregir cualquier error. En muchos casos, sin embargo, estas disposiciones no se han hecho cumplir activamente.

En algunos programas los casos no impugnados se arreglan por convenio entre la compañía, su aseguradora y el trabajador antes de que inicien los pagos. Asimismo, el convenio debe ser aprobado por la dependencia administrativa conforme a la ley.

En los casos impugnados, la mayoría de las leyes de indemnización para los trabajadores establecen adjudicación a través de audiencias ante el cuerpo

administrativo, que casi siempre tiene jurisdicción exclusiva sobre la determinación de los hechos; las apelaciones al tribunal se limitan por lo general a cuestiones de derecho. En los cuatro programas en los cuales las leyes son aplicadas a través de procedimiento judicial en lugar de a través de una dependencia especial, los casos impugnados son adjudicados en primera instancia por los tribunales.

Rehabilitación

Todos los programas de indemnización a los trabajadores estipulan rehabilitación física cuando sea necesario. Asimismo, todas las leyes de indemnización a los trabajadores menos seis, tienen disposiciones especiales relacionadas con la rehabilitación expresada en nueva capacitación, educación y colocación, así como guía para ayudar a los trabajadores lesionados a encontrar un trabajo adecuado a sus necesidades. Algunos programas establecen la disponibilidad inmediata de las instalaciones de rehabilitación para permitir que los trabajadores lesionados tengan acceso a todos los servicios necesarios para restaurar su capacidad para realizar un trabajo.

En la mayoría de las leyes se establecen pagos de alimentos, vivienda y transporte para facilitar la rehabilitación vocacional del trabajador. Conforme a algunas leyes, estos pagos se otorgan a través de la extensión del período durante el cual se paga indemnización regular; en otras se estipulan estos pagos además del pago de la indemnización con limitaciones de tiempo en algunos casos.

Además de cualquier prestación y servicio de rehabilitación especial establecido conforme a las leyes de indemnización a los trabajadores, un trabajador lesionado puede ser elegible para los servicios proporcionados por el programa estatal-federal de rehabilitación vocacional. Este programa es manejado por los departamentos estatales de rehabilitación vocacional y se aplica a personas incapacitadas, sin tomar en cuenta si su incapacidad fue

relacionada o no con el trabajo. Los servicios prestados incluyen examen médico, diagnóstico vocacional y médico, asesoría y guía en la selección del trabajo adecuado, así como capacitación y colocación en dicho trabajo. Con el fin de ayudar a colocar a trabajadores lesionados en nuevos trabajos y para liberar el temor de los patrones de que los costos de indemnización para sus trabajadores aumentarán excesivamente si contratan trabajadores incapacitados, todos los estados tienen algún tipo de fondo de segunda lesión. Cuando ocurre una segunda lesión a un trabajador que ya tuvo previamente una lesión permanente, el empleado es indemnizado de la incapacidad resultante de las lesiones combinadas. El patrón actual paga sólo la última lesión y el resto de la compensación se paga a través del fondo de segunda lesión.

En 25 programas, la legislación del fondo de segunda lesión es lo suficientemente amplia como para abarcar cualquier impedimento previo. En los otros programas, la legislación se limita a los trabajadores que tienen ciertos impedimentos específicos o cuyas lesiones combinadas dan como resultado una incapacidad total permanente.

El método de financiamiento del fondo de segunda lesión difiere en los diversos programas. Por lo general se hace una evaluación comparando un patrón o aseguradora en casos de fallecimiento sin dependientes sobrevivientes (o en algunas circunstancias también casos de incapacidad), o se hace una evaluación anual comparando compañías aseguradoras y autoaseguradores.

Programa de Prestaciones para la Enfermedad de Pulmones Negros

El programa de prestaciones para la enfermedad de Pulmones Negros fue establecido en 1970 por la Ley Federal de Seguridad y Salud para las Minas de Carbón (Federal Coal Mine Health and Safety Act) de 1969. Considerado por lo general como un programa de indemnización para trabajadores especializados, establece subsidios mensuales en efectivo para los mineros de las minas de carbón que están totalmente incapacitados por

neumoconiosis (enfermedad de pulmones negros) y a los sobrevivientes de los mineros que mueren a causa de esta enfermedad. También se pagan prestaciones médicas para el diagnóstico de la enfermedad y tratamiento de las condiciones resultantes de la enfermedad.

Prestaciones.- A fines de 1991, cerca de 275,000 trabajadores incapacitados, dependientes y sobrevivientes recibían pensiones en efectivo por la enfermedad de pulmones negros, conforme a los programas combinados administrados por SSA y el Departamento Federal del Trabajo. Además de aquéllos que realmente extraen carbón de la superficie o del subsuelo, los individuos incapacitados por la enfermedad de pulmones negros pueden ser elegibles para obtener prestaciones si procesaban o transportaban carbón, construían minas de carbón o eran propietarios o gerentes que habían trabajado en la extracción de carbón. Puede establecerse evidencia de la existencia de neumoconiosis a través de varios métodos incluyendo lecturas definitivas de radiografías y suposiciones basadas en el número de años de trabajar en las minas y el grado de incapacidad.

La pensión mensual pagadera al minero incapacitado es una cantidad fija igual al 37.5% de la tasa mensual de pago para un empleado del gobierno federal en el primer nivel del Programa General grado 2. A partir de enero de 1993, esta prestación mensual fue de US\$418.20, para un dependiente de un minero incapacitado se agregaba un 50% adicional de la pensión básica; para dos dependientes, la cantidad adicional es de 75% de la pensión; y para tres o más, es de 100% o un total de US\$836.40. Una viuda, viudo o cualquier otro dependiente sobreviviente (hijo, padre, hermano o hermana) de un minero incapacitado fallecido, también recibe la pensión básica de US\$418.20. Si hay más de un sobreviviente, se pagan cantidades adicionales de acuerdo con el programa de prestaciones presentado (divididas en partes iguales entre los sobrevivientes), exceptuando cuando una viuda o hijo sobreviviente impide que un padre tenga derecho a las pensiones, o una viuda sobreviviente, hijo o padre impide que los hermanos o hermanas tengan derecho a las pensiones.

Las pensiones se pagan independientemente de la edad del minero o dependiente (que no sea hijo) o del tiempo cuando haya iniciado la incapacidad del minero o haya ocurrido su fallecimiento. Los pagos de pensiones se reducen dólar por dólar si el beneficiario también recibe pagos por incapacidad (debido a la enfermedad de pulmones negros) en un programa estatal de indemnización a los trabajadores, o recibe prestaciones de un programa estatal de seguro de desempleo o de seguro de incapacidad para la incapacidad específica del minero. Las pensiones que se pagan a los mineros y dependientes (excepto viudas, esposas e hijos) también están sujetas a una disminución debido al exceso de ingresos calculados dentro de la prueba de ingresos anuales por retiro del programa de Seguridad Social. Las pensiones por pulmones negros no se consideran pagos de indemnización a los trabajadores con el fin de aplicar las disposiciones de compensación en la indemnización a los trabajadores incluidas en las disposiciones de Seguro de Incapacidad del Seguro Social, y por lo tanto no se reducen por recibir pensiones de Seguro de Incapacidad.

Durante el año natural de 1991, los pagos totales de pensiones por pulmones negros alcanzaron US\$1,400 millones, de los cuales 800 millones se pagaron a través del programa administrado por la SSA, y 600 millones a través del Departamento del Trabajo. Casi tres quintas partes de los pagos se hicieron a los mineros y dependientes; el resto se pagó a sus sobrevivientes. Estos pagos incluyen US\$117 millones en prestaciones médicas.

Financiamiento y Administración.- La parte original del programa de Pulmones Negros, Parte B, administrada por la SSA, obtuvo fondos desde un principio a través de los ingresos generales. La última parte del programa, Parte C, administrada por el Departamento del Trabajo se espera actualmente que sea de autofinanciamiento. Cuando se le puede asignar la responsabilidad de la incapacidad de un trabajador al operador de una mina, las pensiones son pagadas por el seguro (o autoseguro) que haya sido contratado por el patrón. Sin embargo, la mayoría de las pensiones pagadas a través del Departamento del Trabajo, así como los costos administrativos, son financiadas por un fondo fiduciario establecido en las reformas de 1977.

El fondo fiduciario administrado por el gobierno es financiado por un impuesto sobre las ventas de carbón extraído de las minas. Actualmente este impuesto sigue tal como se promulgó en 1981: Corresponde a US\$1 por tonelada de carbón de las minas subterráneas (50 centavo de dólar de minas en la superficie), ó 4% del precio de venta del carbón, lo que sea menor. Estas tasas representan el doble de las que se promulgaron originalmente, que demostraron ser insuficientes para pagar las demandas creadas.

Debido a los crecientes cargos por intereses en la deuda del fondo fiduciario, se anticipa que se necesitará legislación correctiva para que el programa cuente con los fondos necesarios. Conforme a las leyes actuales, las tasas volverán a los niveles anteriores para el 1o. de enero de 1996, o después de que se haya pagado todo el capital y los intereses que se adeudan al Departamento del Tesoro, lo que ocurra primero.

SEGURO DE INCAPACIDAD TEMPORAL O SEGURO DE SUBSIDIO POR ENFERMEDAD

Cinco estados, Puerto Rico y la industria ferrocarrilera tienen programas de seguro social que compensan parcialmente la pérdida de salarios causados por una incapacidad temporal no ocupacional o por maternidad. Estos programas son conocidos como seguro de incapacidad temporal porque los pagos tienen un límite de duración. Los convenios privados para tipos similares de seguros están más difundidos.

Las leyes federales no establecen un sistema federal-estatal de seguro de incapacidad comparable al sistema federal-estatal de seguro de desempleo. Sin embargo, la Ley Federal del Impuesto al Desempleo (Federal Unemployment Tax Act) fue modificada en 1946 para permitir que los estados donde los empleados hacen contribuciones conforme al programa de seguro de desempleo utilizaran algunas o todas estas cuotas para el pago de pensiones por discapacidad (pero no para su administración). Tres de los nueve estados que podrían

haberse beneficiado por esta disposición para obtener fondos iniciales para el seguro de incapacidad temporal aprovecharon esta oportunidad: California, Nueva Jersey y Rhode Island. Otras cuatro jurisdicciones promulgaron leyes de seguro de discapacidad temporal sin fondos complementarios del régimen de seguro de desempleo.

Asimismo, en los estados que no tenían leyes obligatorias de seguro de incapacidad temporal con frecuencia los patrones o sindicatos han protegido a sus empleados o trabajadores a través de seguros de incapacidad en grupo o planes formales de licencia por enfermedad con pago, establecidos a través de la iniciativa de los patrones o del contrato colectivo de trabajo. Los trabajadores en los estados que tienen disposiciones de seguro de incapacidad temporal pueden también tener cobertura similar. Algunos trabajadores también aseguran una medida de protección comprando seguros individuales de accidentes y enfermedad a las aseguradoras privadas.

Se estima que a través de estos convenios en grupo voluntarios y gubernamentales, en 1991 cerca de dos terceras partes de los trabajadores asalariados de los Estados Unidos en empleos privados tenían alguna protección contra la pérdida de ingresos causada por una incapacidad no ocupacional a corto plazo. Estos trabajadores recibieron cerca de US\$14,200 millones en prestaciones para sustitución de salarios (incluyendo licencia formal por enfermedad) de los cuales US\$2,800 millones se pagaron conforme a las leyes de seguro de incapacidad temporal.

Cobertura

Unos 21.1 millones de empleados, o casi una cuarta parte de la fuerza laboral asalariada en la industria privada, recibieron cobertura en 1991 de las leyes de seguros de incapacidad temporal. La primera ley estatal fue promulgada en Rhode Island en 1942, a la que siguió legislación en California y en la industria ferrocarrilera en 1946, Nueva Jersey en 1948, y Nueva York

en 1949. Posteriormente se dio una brecha de dos décadas antes de que Puerto Rico y Hawaii aprobaran leyes en 1968 y 1969 respectivamente.

Las cinco leyes estatales de seguro de incapacidad temporal y la ley de Puerto Rico cubren la mayoría de los trabajadores asalariados industriales y comerciales en empleos privados si el patrón tiene cuando menos un trabajador. Los principales grupos ocupacionales excluían a los trabajadores domésticos, los trabajadores familiares (padre, hijo o esposa del patrón), empleados gubernamentales y los autoempleados. Los empleados gubernamentales estatales y locales están incluidos en Rhode Island; un programa similar conforme a otra ley ofrece cobertura para los empleados gubernamentales del estado en California. Los trabajadores agrícolas están cubiertos a diferentes niveles en California, Hawai, Nueva Jersey y Puerto Rico, pero no están cubiertos en otras jurisdicciones. La ley de California permite que las personas autoempleadas elijan cobertura en forma voluntaria. Los trabajadores empleados por los ferrocarriles, asociaciones ferrocarrileras y sindicatos ferrocarrileros están cubiertos por seguro de incapacidad temporal dentro del sistema nacional incluido en la Ley de Seguro de Desempleo en los Ferrocarriles.

Las leyes generalmente permiten que las personas que dependen sólo de los medios espirituales o de oración para su curación elijan que no estén cubiertos por las disposiciones de prestaciones y cuotas de la ley. Sólo con este tipo de excepción menor, las leyes ofrecen cobertura obligatoria contra el riesgo de perder el salario debido a una incapacidad no ocupacional a corto plazo para todos los empleados sujetos a la ley. No obstante, son muchos y muy diversos los métodos utilizados para otorgar esta protección. En Rhode Island, la cobertura se ofrece a través de un fondo exclusivo operado por el estado al cual se pagan todas las cuotas y del cual provienen todas las prestaciones. Asimismo, un patrón cubierto puede proporcionar prestaciones complementarias cuando así lo desee. El sistema estatal no toma en cuenta los planes privados de subsidio por enfermedad. El programa de los ferrocarriles también es operado públicamente sólo en unión con sus disposiciones de seguro de desempleo.

En California, Nueva Jersey y Puerto Rico, la cobertura se ofrece a través de un fondo manejado por el estado pero los patrones tienen permiso de contratar fuera del fondo estatal comprando seguro de grupo de las aseguradoras comerciales, autoseguro, o mediante la negociación de un convenio con un sindicato o asociación de empleados. La cobertura por el fondo estatal es automática a menos que, o hasta que un patrón o los patrones tomen una acción positiva sustituyéndolo con un plan privado que cumpla con las normas establecidas por ley y que sea aprobado por la oficina administrativa. Las primas (en lugar de las cuotas) se pagan entonces directamente al plan privado y se pagan los subsidios a los trabajadores afectados.

Las leyes de Hawai y Nueva York son similares a una ley de responsabilidad civil del patrón porque requieren que los patrones ofrezcan su propio plan de seguro de incapacidad para sus trabajadores, estableciendo un plan de autoseguro aprobado, mediante un convenio con los empleados o con el sindicato que establezca un plan de prestaciones entre la administración y los trabajadores, o mediante la compra de un seguro de grupo de una aseguradora comercial. En Nueva York, el patrón también puede ofrecer protección a través del Fondo Estatal de Seguros que es una aseguradora competitiva casi pública que ofrece seguros bajo el pago de una prima. Tanto Hawai como Nueva York operan fondos especiales para pagar los subsidios a los trabajadores que están incapacitados mientras están desempleados o cuando sus patrones no proporcionan la protección requerida. En otras jurisdicciones, un fondo regular operado por el estado hace los pagos de pensiones para los desempleados incapacitados.

En 1991, los planes privados incluían a cerca del 21% de los trabajadores cubiertos en Nueva Jersey y cerca del 5% en California. Por el contrario, los planes privados cubren a todos los trabajadores en Hawai, a casi todos en Nueva York y al 61% en Puerto Rico.

Elegibilidad para las Prestaciones

Con el fin de calificar para recibir prestaciones, un trabajador debe cumplir con ciertos requisitos relacionados con los ingresos o el empleo anterior y deben estar discapacitados como se define en la ley. Asimismo, los solicitantes pueden ser descalificados si reciben ciertos tipos de ingreso durante el período de discapacidad.

Requisitos de empleo o ingresos.- Un solicitante debe haber tenido determinado empleo o determinados ingresos para calificar para recibir prestaciones. Estos requisitos limitan las prestaciones a individuos que hayan tenido un contacto sustancial con la fuerza laboral cubierta. Estas estipulaciones son similares a las que existen en el seguro de desempleo pero son menos estrictas en algunos casos. No obstante, en la mayoría de las jurisdicciones con planes privados, los planes aseguran a los trabajadores en el momento de contratarse, o en algunos casos requieren un corto período de prueba en el empleo, casi siempre de 1 a 3 meses. Al cese del empleo después de un período especificado, un trabajador pierde por lo general su cobertura en el plan privado y debe acudir a un fondo creado por el estado para recibir dicha protección.

Requisitos de incapacidad.- Las leyes definen por lo general a la discapacidad como la incapacidad de realizar un trabajo acostumbrado o regular debido a determinadas condiciones físicas o mentales. Se han impuesto requisitos más estrictos para la discapacidad durante el desempleo en Nueva Jersey y Nueva York. Las leyes en Hawái, Nueva Jersey, Nueva York y Puerto Rico también niegan pagos por discapacidad debido a lesiones intencionales autoinfligidas o lesiones causadas en la realización de actos ilegales. Puerto Rico también niega pagos a las víctimas de accidentes automovilísticos que reciben cobertura de otras leyes. Todas las leyes pagan subsidios completos en caso de discapacidad por embarazo. (En Puerto Rico, estos subsidios no son pagaderos por discapacidad causada por, o relacionada con aborto, excepto cuando el aborto se realizó por razones médicas.)

Ingreso que descalifica.- Todas las leyes limitan el pago de pensiones por discapacidad cuando el solicitante está también recibiendo pagos como pensión de indemnización a los trabajadores. De la misma manera, Nueva York no paga pensiones en caso de discapacidad relacionada con el trabajo, ni siquiera cuando no se reciben pensiones por indemnización a los trabajadores. Las otras jurisdicciones no dan subsidios por discapacidad cuando los trabajadores reciben indemnización por dicha discapacidad. Sin embargo, los estatutos por lo general contienen algunas excepciones a la regla; por ejemplo, cuando la indemnización de los trabajadores es por discapacidad parcial o por una discapacidad laboral incurrida con anterioridad. California y el programa de los ferrocarriles pagan la diferencia si el pago por discapacidad temporal es mayor a la pensión de indemnización del trabajador (y, en caso del programa de ferrocarriles, si la pensión de discapacidad temporal es mayor que las prestaciones de otros programas de seguro social).

Las leyes difieren con respecto al trato de los subsidios de licencia por enfermedad. Rhode Island paga pensiones completas de discapacidad aun cuando el solicitante obtenga pagos salariales continuos. Nueva York deduce de las pensiones todos los pagos del patrón o del fondo al que esté adscrito el patrón, excepto las pensiones pagadas conforme a un contrato colectivo de trabajo. En California, Nueva Jersey y Puerto Rico, las pensiones más el pago de licencia por enfermedad para cualquier semana durante la discapacidad no puede exceder los ingresos semanales del individuo antes de su discapacidad. Los trabajadores ferrocarrileros no son elegibles para obtener pensiones por discapacidad temporal mientras reciban pago de licencia por enfermedad.

Todas las leyes de discapacidad estipulan que un solicitante no puede recibir pensiones por discapacidad durante cualquier semana en la que también reciba pensión de desempleo. La ley de Nueva Jersey deduce de los pagos por discapacidad la cantidad de cualquier pensión recibida en los casos en que el patrón más reciente del solicitante haya pagado cuotas para dicha pensión.

Puerto Rico elimina las pensiones de discapacidad si se está recibiendo una pensión sin que el solicitante haya tenido trabajo asegurado cuando menos durante las 15 semanas anteriores a la solicitud de discapacidad.

Tipos y Cantidad de Prestaciones

En los siete sistemas de seguro de discapacidad temporal, así como en el seguro de desempleo en los Estados Unidos, las cantidades de la pensión o subsidio semanal se relacionan con los ingresos previos en un empleo. Por lo general, la cantidad del subsidio semanal se espera que sustituya cuando menos la mitad del salario semanal perdido durante un tiempo especificado. Todas las leyes, sin embargo, especifican cantidades mínimas y máximas pagaderas durante una semana. A partir de enero de 1993, la cantidad semanal máxima variaba de US\$104 en Puerto Rico a US\$336 en California. En tres estados la cantidad máxima se vuelve a calcular anualmente de tal forma que será igual a un porcentaje dado del salario semanal promedio del estado en el empleo cubierto: 66-2/3% en Hawai, 53% en Nueva Jersey, y 75% en Rhode Island, que también da subsidios para los dependientes.

La duración máxima de las pensiones pagaderas por discapacidad o por año es de 26 a 52 semanas. Hawai, Nueva York, Puerto Rico y el programa ferrocarrilero ofrecen pensiones con una duración uniforme para todos los solicitantes que califican. En otros estados el tiempo durante el cual se pagarán las pensiones varía dependiendo de la cantidad total de los ingresos base (como en el programa de seguro de desempleo) o de la duración del empleo cubierto.

Por lo general se requiere un período de espera no indemnizable de una semana ó 7 días consecutivos de discapacidad (4 días para los trabajadores ferrocarrileros) antes de recibir pago de pensiones para las siguientes semanas. El período de espera, sin embargo, aplica sólo a la primera enfermedad en un año en Rhode Island, y se renuncia a él en el momento de internarse en un hospital tanto en California como en Puerto Rico. En Nueva Jersey, el período de espera es indemnizable después de haber pagado pensiones durante tres

espera es indemnizable después de haber pagado pensiones durante tres semanas consecutivas. En cada uno de los programas de seguros de discapacidad temporal un trabajador puede recibir pensiones prorrateadas para varios días de una semana de enfermedad después de cumplir con el período de espera.

Las disposiciones estatutarias descritas anteriormente rigen las pensiones pagaderas a los empleados cubiertos por los planes manejados por los estados. En aquellos estados donde se permite participar a los planes privados, estas disposiciones representan normas con las cuales se puede medir el plan privado (de acuerdo con las disposiciones de las leyes estatales). De esta manera, aun cuando disposiciones estatutarias idénticas aplican a todos los trabajadores cubiertos conforme al sistema público en Rhode Island, una situación diferente prevalece en otros estados, donde los planes privados pueden desviarse drásticamente de las especificaciones estatutarias.

En California, antes de que un plan privado pueda sustituir a un plan estatal, debe ofrecer derechos a prestaciones mayores que las que se obtienen conforme al plan manejado por el estado. En Hawái, Nueva Jersey y Puerto Rico, los planes privados de prestaciones deben cuando menos ser tan favorables como los planes gubernamentales. Hawái permite una desviación de las prestaciones estatutarias si las prestaciones agregadas proporcionadas conforme al plan privado son actuarialmente iguales o mejores. En Nueva York no se requiere el apego a prestaciones estatutarias precisas. El paquete de prestaciones proporcionado por los planes privados debe ser "actuarialmente equivalente" a la fórmula estatutaria y debe cumplir con ciertas normas mínimas. Algunas características del plan privado pueden ser inferiores las normas de las leyes estatales, si otras características son más favorables. Asimismo, las leyes de Nueva York también estipulan que las prestaciones de atención médica, hospitalaria y quirúrgica pueden ser sustituidas por pensiones de enfermedad en efectivo de hasta el 40% de las prestaciones estatutarias.

Los planes privados también pueden desviarse de los estatutos con respecto a las condiciones conforme a las cuales nunca se niegan las prestaciones cuando

habrían sido pagadas de acuerdo con los estatutos. De hecho, sin embargo, cuando existen planes manejados por los estados, las consideraciones financieras tienden a operar como una fuerza restrictiva de la liberalización de los planes privados, porque las leyes prohíben solicitar a los empleados el pago de primas más altas para obtener la cobertura del plan privado.

En 1991 el pago promedio para una semana de discapacidad variaba desde US\$74 en Puerto Rico (en caso de un fondo operado públicamente combinado con planes privados) hasta US\$185 en Nueva York (fondo estatal especial y planes privados). La duración promedio por período de discapacidad era de sólo 4.8 semanas en Hawaii, pero de 14.5 semanas en California (fondo manejado por el estado).

En las regiones donde se permite la participación de planes privados, se necesitan convenios especiales para asegurar la continuidad de cobertura para un trabajador que cambia de patrón o que pasa por períodos de desempleo. En Nueva York, las leyes requieren que un trabajador esté cubierto por un plan privado durante 4 semanas después de la terminación del empleo a menos que vuelva a encontrar trabajo, en cuyo caso el trabajador estará cubierto por el nuevo patrón sin tener un período de espera. Puerto Rico requiere que las prestaciones conforme a un plan privado sean pagaderas durante períodos de discapacidad que comienzan durante el desempleo o el empleo en un trabajo no asegurado. En otros tres estados que también permiten planes privados, la responsabilidad del patrón para ofrecer cobertura dura sólo dos semanas después de su separación. Después de dicho período de cobertura, el trabajador puede ser elegible para obtener pensiones continuas de discapacidad a través del fondo estatal. Se han establecido disposiciones de elegibilidad y de prestaciones especiales para los trabajadores desempleados discapacitados en Hawai, Nueva Jersey y Nueva York.

En Rhode Island y en la industria ferrocarrilera, no hay razón para hacer una distinción entre trabajadores empleados y desempleados porque todas las prestaciones se pagan de un solo fondo, y los trabajadores están asegurados

con protección continua durante cortos períodos de desempleo y rotación de empleos.

Financiamiento

Conforme a cada una de estas leyes, excepto la que rige el programa de ferrocarriles, se puede solicitar a los empleados que contribuyan con una cuota al costo de la pensión de discapacidad temporal. En cinco de las jurisdicciones (exceptuando a California y Rhode Island), los patrones también tienen que pagar cuotas. En general el gobierno no contribuye para estas pensiones. El plan manejado por el estado en Rhode Island es financiado a través de un pago de cuotas por empleado de 1.3% sobre el salario del trabajador hasta 70% del salario anual promedio del estado en empleo cubierto. Las compañías ferrocarrileras pagan una cuota conjunta de seguro de discapacidad temporal-seguro de desempleo sobre los salarios de hasta US\$810 al mes por empleado. La cuota es la misma para todos los patrones pero puede variar cada año entre 0.65 y 12.0%, dependiendo del nivel de reservas financieras en el sistema durante el año anterior.

Conforme al plan estatal de California, los empleados no pagan más del 1.2% y no menos del 0.1% de cuota sobre nómina. Las personas autoempleadas que han elegido la cobertura pagan una cuota a una tasa de 1.25% de los salarios, considerados como de US\$5,475 dólares al trimestre, sin tomar en consideración las ganancias reales del empleo independiente. En Nueva Jersey, el plan estatal para trabajadores empleados es financiado por una cuota de 0.5% de salarios cubiertos hasta de US\$12,000 al año pagados por los empleados y una cuota correspondiente al 0.5% pagada por los patrones. Sin embargo, la cuota del patrón de 0.5% puede ser modificada entre 0.1% y 1.1% de la nómina cubierta, dependiendo de la experiencia del patrón con el riesgo de discapacidad y el nivel de las reservas.

En caso de prestaciones que no excedan las prestaciones estatutarias, en Nueva York se puede solicitar a los empleados que paguen 0.5% de sus salarios

hasta un máximo de 60 centavos a la semana; los patrones cubren cualquier costo adicional que pueda surgir. No hay tope en la responsabilidad del patrón. En Puerto Rico los empleados y los patrones pagan a la vez una cuota de 0.5% de los salarios de los trabajadores, hasta \$9,000. El costo de las prestaciones para los trabajadores agrícolas se paga de fondos públicos. En Hawaii, los empleados pagan el 50% del costo de las prestaciones, que no deben exceder del 0.5% de los salarios semanales gravables; el resto lo paga el patrón. La base salarial gravable se calcula cada año como 121% del salario semanal promedio del estado.

En los programas de California, Nueva Jersey y Puerto Rico, los trabajadores cubiertos por planes privados aprobados pueden dejar de pagar cuotas al fondo manejado por el gobierno; pero cuando se les pide que paguen la cuota del plan privado, no pueden pagar más de lo que se hubiera solicitado pagar en el fondo estatal. Cuando los costos de las prestaciones exceden esta cantidad, los patrones deben pagar el faltante. En Hawaii y Nueva York puede solicitarse una cuota a los empleados mayor a la especificada en la ley si el nivel de prestaciones ofrecidas tiene una relación racional con los costos.

Los costos administrativos de los planes manejados por el gobierno, como son los desembolsos de pensiones, se pagan con las cuotas de la nómina cobradas conforme a la ley. California, Nueva Jersey, Nueva York y Puerto Rico gravan las cuotas de los planes privados para cubrir los costos administrativos agregados de los estados para la supervisión de estos planes. En Hawaii, los costos administrativos se pagan de los ingresos generales. En Nueva Jersey, los patrones cubiertos por los planes manejados por el estado pagan una cuota adicional por los costos de mantener cuentas separadas que consideran los antecedentes favorables.

Las leyes de discapacidad que permiten seguros privados requieren que estos planes paguen parte del costo del pago de pensiones a los trabajadores asegurados que sufren de discapacidad mientras están desempleados, generalmente por medio de una cuota proporcional a la nómina asegurable cubierta

por los planes privados. Este arreglo se considera necesario de tal forma que el costo de las prestaciones a los trabajadores desempleados no sean cubiertos exclusivamente con fondos públicos.

Administración

Cinco de los siete programas de seguros de discapacidad temporal son administrados por la misma dependencia que administra el seguro de desempleo. En estos cinco programas, la maquinaria administrativa para el seguro de desempleo se utiliza para cobrar las cuotas, llevar registros de salarios, determinar elegibilidad y pagar las prestaciones a los trabajadores conforme a los fondos manejados por el estado. Las leyes de Nueva York son administradas por el Consejo Estatal de Indemnización a los Trabajadores, y las leyes de Hawaii son administradas en forma independiente en el Departamento del Trabajo y de Relaciones Industriales.

Como comparación, las solicitudes en Nueva York y Hawaii son presentadas al patrón y son pagadas por él, la compañía aseguradora o el fondo sindical de salud y bienestar que está manejando el plan privado. La agencia estatal limita sus funciones con respecto a los trabajadores empleados a ejercer supervisión general sobre los planes privados, establecer normas de desempeño y adjudicar demandas en controversia que surjan entre demandantes y aseguradoras. Una situación similar aplica a los demandantes conforme a los planes privados en California, Nueva Jersey y Puerto Rico.

Todas las leyes requieren que el demandante o solicitante esté al cuidado de un médico (o en el caso de California y Hawaii, el demandante puede estar recibiendo atención de un practicante religioso autorizado por las creencias del demandante). La primera solicitud o demanda debe ser respaldada por la certificación de un médico. Debe incluir un diagnóstico, fecha de tratamiento, una opinión acerca de si la enfermedad o lesión evita que el demandante realice su trabajo acostumbrado y un cálculo aproximado de la fecha en la que el demandante podrá volver al trabajo.

Cuando se niega una solicitud de prestaciones parciales o totales, se tiene derecho a apelar el fallo a través de los tribunales estatales. Las decisiones de las aseguradoras privadas también están sujetas a apelación ante la dependencia administrativa estatal y después ante los tribunales. Si una aseguradora deja de pagar puntualmente de acuerdo con un fallo en apelación, las prestaciones pueden ser pagadas por la dependencia estatal y pasadas como una cuota al patrón.

CAPITULO III

PROGRAMAS DE SALUD

Los gastos de nuestra nación por concepto del cuidado de la salud para 1994 pueden ser de hasta 1 billón, lo que representaría alrededor del 15 por ciento del producto interno bruto (PIB), de acuerdo a las predicciones del Departamento de Comercio publicadas en el Panorama Industrial de Estados Unidos (U.S. Industrial Outlook) de 1994. En años recientes, a pesar del lento crecimiento general de la economía, el sector del cuidado de la salud mostró un crecimiento considerable. En 1991, los gastos nacionales de salud aumentaron 11.4 por ciento, mientras que el PIB de los Estados Unidos aumentó sólo 2.8 por ciento. Este gran aumento en los gastos por concepto de salud, combinado con una economía estancada, provocaron que la proporción del PIB para los gastos de salud pública pasara de 12.2 por ciento en 1990 a 13.2 por ciento en 1991 (lo que representa el mayor aumento de dicha proporción en las últimas cuatro décadas).

La salud ha continuado escalando en importancia para nuestra nación. Desde 1915 se han tomado distintas medidas para el establecimiento de programas gubernamentales de salud con cierta periodicidad. De los años 30 en adelante, existió un sólido consenso sobre la necesidad de alguna forma de seguro de salud para enfrentarse a los impredecibles costos médicos y a su irregular incidencia. Lo único importante que quedó pendiente fue si los seguros de salud debían ser financiados pública o particularmente. La cobertura de la salud en medicina privada se expandió rápidamente durante la Segunda Guerra Mundial, conforme las prestaciones aumentaron debido a los parámetros gubernamentales incorporados a los aumentos salariales directos. Esta tendencia continuó después de la guerra. Los seguros de salud de medicina privada (en particular los seguros de grupo se financiaron a través de la relación laboral) fueron especialmente importantes para las personas de ingresos medios. Aun así, no todos pudieron obtener o costear un seguro de salud de medicina privada.

A partir de los años 40 se propusieron en el Congreso distintos planes de seguros nacionales de salud, financiados por impuestos de nómina; pero ninguno de ellos fue llevado a votación. En 1950, el Congreso intervino para

mejorar el acceso al cuidado médico a las personas necesitadas que recibían asistencia pública. Esto permitió, por primera vez, la participación federal en el financiamiento de los pagos estatales a los proveedores de cuidado médico por concepto de gastos incurridos por beneficiarios de la asistencia pública. En 1960, el Kerr-Mills proporcionó asistencia médica a las personas ancianas que aunque no eran tan pobres, necesitaban ayuda en cuanto a gastos médicos. No obstante, el mejorar de manera más extensiva la provisión de la atención médica, especialmente para los ancianos, se convirtió en prioridad para el Congreso.

Después de varias deliberaciones y distintos enfoques, y una vez llevado a cabo un debate nacional extensivo, el Congreso aprobó en 1965 la legislación que establecía los programas Medicare y Medicaid como los Títulos XVIII y XIX de la Ley de Seguridad Social. El Medicare se estableció en respuesta a las necesidades médicas específicas de los ancianos (y en 1972, se incluyeron las personas con serias incapacidades y algunas con padecimientos renales) y el Medicaid se estableció en respuesta a la notable insuficiencia de la atención médica de beneficencia de la asistencia pública. Una vez aprobados, los programas Medicaid y Medicare han estado sujetos a numerosos cambios legislativos y administrativos que constantemente buscan, con un enfoque financiero, hacer mejoras en la provisión de servicios de cuidado de la salud a los ancianos y a personas de escasos recursos.

Desde 1965, el crecimiento en los gastos por concepto de cuidado de la salud han sido distintos al crecimiento de los ingresos generales de todos los niveles gubernamentales. En 1991, el gasto promedio per capita por cuidado de la salud era de \$2,868. Para una población de 262.2 millones de personas, esto equivalía a un gasto nacional total por concepto de salud de \$751,000 millones.

La salud y el cuidado médico están respaldados por una variedad de contribuyentes privados y programas públicos. Cada año durante el periodo de 1979 a 1990, los fondos privados (gastos fuera de presupuesto, ingresos que no provienen de los pacientes incluyendo la filantropía, los servicios de salud

industriales y los seguros de salud particulares) cubrieron aproximadamente el 58 por ciento de todos los gastos de salud. Sin embargo, en 1991, la proporción pagada por los fondos privados bajó a 56 por ciento.

El 44 por ciento restante representaba gastos para el Estado Federal y los gobiernos locales. De los gastos de cuidado de la salud costeados públicamente en nuestra nación, existen pequeños porcentajes pagados de la siguiente manera: la Secretaría de Defensa se ocupa de los programas de cuidado de la salud para el personal militar; los programas de salud del Departamento de Veteranos; los pagos por concepto de cuidado de la salud incluidos en los Programas de Compensación de Trabajadores; programas de salud contenidos en los programas de asistencia general estatal; la investigación médica no comercial y la construcción de instalaciones médicas. Otras de las actividades patrocinadas públicamente son: servicios maternos y de salud infantil; clínicas públicas de salud; programas escolares de salud; servicios de cuidado de salud para indios e inmigrantes; servicios vocacionales de rehabilitación y actividades de salud mental para alcohólicos y drogadictos.

No obstante, las mayores partidas para gastos de salud pública son para los programas Medicare y Medicaid, que en 1991 representaron alrededor del 30 por ciento del gasto total para el cuidado de la salud en los Estados Unidos. (Por comparación, 19 por ciento de todos los gastos para el cuidado de la salud provienen de consumidores con gastos fuera de presupuesto y 33 por ciento lo reembolsan los seguros de salud particulares). En 1991, los gastos en Estados Unidos de Medicare y Medicaid representaron más de dos tercios de todo el gasto para el cuidado de la salud patrocinado públicamente. De ellos, Medicare fue responsable del 37 por ciento y Medicaid fue responsable del 30 por ciento. El gasto total de los programas de Medicare y Medicaid en 1991 por prestación de servicios y administración de programas fue de \$223,300 millones.

MEDICARE: UN BREVE RESUMEN

Resumen

El título XVIII de la Ley de Seguridad Social, llamada Seguros de Salud para los Ancianos e Incapacitados, se conoce comúnmente como Medicare. Como parte de las Enmiendas de Seguridad Social de 1965, la legislación de Medicare estableció un programa de seguros de salud para los ancianos con el fin de complementar sus prestaciones de pensión e incapacidad contemplados en otros títulos de la Ley de Seguridad Social.

Cuando se implantó el programa Medicare en 1966, abarcaba a la mayoría de las personas de 65 años en adelante. Desde entonces, la legislación ha añadido otros grupos: (1) personas con derecho a prestaciones por incapacidad durante 24 meses o más (1972); (2) personas con padecimientos renales de etapa terminal (PRET) que requieren de diálisis o de transplante de riñón (1972); y (3) ciertas personas no cubiertas que decidieron entrar al Programa Medicare (1973).

El programa Medicare consta de dos partes: seguro de hospital (SH), también conocido como Parte A, y seguro médico complementario (SMC), también conocido como Parte B. Cuando el programa Medicare comenzó, en julio de 1966, existían 19.1 millones de personas que habían entrado al programa; para fines de 1966, 3.7 millones de personas habían recibido algunos servicios de salud cubiertos por el Medicare. En 1993, alrededor de 36.2 millones de personas habían ingresado a una o a ambas partes del programa Medicare. Alrededor del 83 por ciento (84 por ciento de los ancianos) de los enlistados en el Medicare usaron algún servicio de SH o de SMC en el año de 1993, por tanto son los beneficiarios del programa Medicare de 1993.

Cobertura Medicare SH y SMC

Por lo general, el Seguro de Hospital (Parte A) se proporciona automática-

mente a personas de 65 años en adelante y a la mayoría de las personas incapacitadas por 24 meses o más que tienen derecho a las prestaciones de Seguridad Social o de Jubilación de Ferrocarriles. Un aspecto importante del SH es el periodo de prestaciones definido como la medición del tiempo para el cuidado de pacientes internados, comenzando cuando un beneficiario ingresa al hospital y terminando cuando ha existido un receso de al menos 60 días consecutivos desde que el servicio de hospitalización o de enfermería especializado fue proporcionado. No existe límite para el número de períodos de prestaciones cubiertos por el SH durante la vida de un beneficiario, pero si aplican los requerimientos de pagos compartidos (detallados más adelante) por el beneficiario de la Parte A a partir del día 61 y hasta el día 90 de un período de prestación. Si un beneficiario permanece 90 días internado durante un sólo período de prestaciones, puede optar por usar los días de la cobertura de Medicare de una reserva vitalicia no renovable hasta completar un total de 60 días adicionales de hospitalización.

Lo siguiente describe los servicios de salud por los que el SH de Medicare reembolsa a los proveedores institucionales participantes: hospitalización, servicios de enfermería especializados, servicios médicos a domicilio y servicios de asilo proporcionados a beneficiarios incluidos en la Parte A.

- La cobertura de hospitalización incluye los costos de un cuarto semi privado, comidas, servicios regulares de enfermería, quirófano y sala de recuperación, cuidado intensivo, medicamentos, exámenes de laboratorio, rayos X y todos los otros servicios y provisiones necesarias desde el punto de vista médico.
- Los servicios especializados de enfermería (SEE) están contemplados dentro del SH de Medicare sólo si se prestan dentro de los 30 días (por lo general) una hospitalización de 3 o más días y está certificada como necesaria desde el punto de vista médico. Los servicios cubiertos son similares a la hospitalización, más los servicios de rehabilitación y los aparatos médicos necesarios. El número de días de SEE provistos por el programa Medicare

está limitado a 100 por período de prestaciones, con un pago conjunto de 21 días por cada 100. La Parte A del Medicare no cubre el servicios de enfermería si el paciente no requiere de servicios de enfermería especializados o algún otro servicio especializado de rehabilitación que debe proporcionarse durante la hospitalización.

El organismo de servicios médicos a domicilio (OSMD), pueden ser provistos por un organismo de servicios médicos en el domicilio de un beneficiario si se requiere de servicios de medio tiempo de enfermería especializada, de terapia física o de rehabilitación. Debe existir un plan de tratamiento y una revisión periódica del médico. Los servicios de salud a domicilio incluidos en la Parte A no tienen limitación de tiempo, ni responsabilidades económicas compartidas, ni deducibles. Sin embargo, los servicios de enfermería de tiempo completo, los alimentos, las transfusiones y los medicamentos no se proporcionan como servicios de OSMD.

El servicio de asilo, incluido en 1983, es un servicio proporcionado a los enfermos de etapa terminal con una expectativa de vida de seis meses o menos que eligen un tratamiento médico tradicional para la enfermedad terminal y que reciben sólo servicios limitados de asilo. Estos servicios incluyen analgésicos, servicios médicos de apoyo y servicios sociales, terapia física, cuidados y manejo de síntomas para una enfermedad terminal. Sin embargo si un paciente de asilo requiere de tratamiento para una condición no relacionada con su enfermedad terminal, el programa Medicare también cubrirá todos los servicios necesarios. Para el programa de asilos, el beneficiario de Medicare no paga deducibles, pero sí una pequeña cantidad de coaseguro para medicamentos y para cubrir el costo de los servicios de curas de descanso.

Las prestaciones del seguro médico complementario (Parte B) pueden obtenerlos: casi todos los ciudadanos residentes de 65 años o más, algunos extranjeros de 65 años o más o incluso aquellos que no tienen derecho (basándose en la elegibilidad de las prestaciones de seguro social de jubilación)

a los servicios de la Parte A de Medicare; y a los beneficiarios incapacitados que tienen derecho a la Parte A de Medicare. La cobertura de la Parte B es opcional, y debe pagarse por medio de una prima mensual. Casi todas las personas con derecho a la Parte A deciden entrar también en la Parte B.

La Parte B se considera por lo general como cobertura para servicios médicos (en establecimientos hospitalarios y no hospitalarios). Sin embargo, el SMC también cubre algunos otros servicios no relacionados con los médicos como: vacunas contra gripa, medicamentos controlados (excepto ciertos antineoplásicos), la mayoría de las provisiones, pruebas diagnósticas, algunos otros servicios terapéuticos, servicios de ambulancia, algunos servicios de cuidado de la salud y la sangre que no se proporciona en la parte A.

Los gastos por los servicios institucionales en los departamentos de pacientes externos, los centros quirúrgicos ambulatorios y algunos otros centros también están cubiertos. Para que puedan cubrirse, todos los servicios deben ser necesarios desde el punto de vista médico. Ciertos servicios médicos y cuidados adicionales están sujetos a reglas de pago especiales como deducibles (para sangre); cantidades máximas aprobadas (para la medicina privada, fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales aprobados por Medicare); o requisitos mayores en los que se comparten las responsabilidades económicas (tales como los tratamientos de enfermedades mentales proporcionados a pacientes externos).

Los servicios no incluidos en Medicare son servicios de enfermería de largo plazo o de cuidados especiales y algunas otras necesidades de cuidado de la salud como servicio dental, medicamentos prescritos (excepto ciertos antineoplásicos no controlados), anteojos, apoyos auditivos, etc. Estos no están incluidos ni en la Parte A ni en la Parte B del programa (a menos que sean parte de un plan de servicios de salud coordinados especial).

Planes de servicios de salud coordinados de Medicare

La atención coordinada (planes de servicios de salud pagados con anticipación), tales como los planes médicos competitivos (PMC) y las organizaciones de mantenimiento de la salud (OMS), es una opción para los beneficiarios de Medicare. Los planes de servicios de salud coordinados funcionan de forma distinta a los planes regulares de servicio por cuota. En los planes de servicio de salud coordinados, los beneficiarios de Medicare reciben servicios médicos en un área de servicio de cuidado general de la salud con una tarifa por persona previamente establecida, sin importar la frecuencia o la extensión del uso que le den sus beneficiarios. La coordinación de todos los servicios de cuidado de la salud son centrales para el concepto de OMS y para los PMC que el beneficiario seleccionó.

Además de los servicios proporcionados por lo general en los planes Medicare de cuota por servicio, los planes de servicios de salud coordinados por lo general cubren servicios tales como cuidado preventivo, anteojos, servicios dentales o apoyos auditivos. La decisión de participar en un plan de servicios de salud coordinados también puede constituir una alternativa a la compra del seguro medigap (definido más adelante) que por lo general se solicita si el beneficiario está inscrito en un plan tradicional de cuota por servicio. Y, aunque existen ciertas restricciones y limitaciones, las cuotas mensuales más cuantiosas y los pagos menores de coaseguro de los planes de servicios de salud coordinados ayudan a poder tener costos adicionales más predecibles para los beneficiarios que no tienen seguro medigap.

Financiamiento del programa, Responsabilidades de los beneficiarios y Pagos a prestadores de servicios

Los gastos de Medicare para las prestaciones y la administración se pagan de dos fondos fiduciarios distintos. Los fondos del SH provienen principalmente de un impuesto sobre los salarios individuales. Los fondos del SMC se derivan del pago de primas por parte de los individuos, además de las contribuciones

del ingreso general del gobierno federal. La mayoría de los servicios cubiertos por Medicare requieren de alguna forma de responsabilidad económica compartida.

Financiamiento del programa:

Para la **Parte A**, el financiamiento se lleva a cabo, principalmente, a través de una deducción obligatoria de la nómina impuesto FICA de 1.45 por ciento de los ingresos imponibles tanto para el empleado como para el patrón, así como 2.90 por ciento para las personas que trabajan por honorarios que pagan al fondo fiduciario del SH y de la Seguridad Social para personas ancianas y sobrevivientes, así como fondos fiduciarios de seguro por incapacidad. El fondo fiduciario del SH sólo se usa para el SH.

Para la **Parte B**, el financiamiento se realiza a través de pagos de primas (4.10 por mes en 1994) que por lo general se deducen de los cheques mensuales de prestaciones de seguro social de aquellos que se inscriben voluntariamente en el plan SMC y a través de contribuciones importantes (un total de 65 por ciento en 1994) provenientes del ingreso general del gobierno federal.

Responsabilidades de pago del beneficiario:

Para las **Partes A y B**, los beneficiarios son responsables de los costos que no están cubiertos en el programa Medicare y de distintos aspectos de responsabilidades económicas compartidas tanto para el SH como para el SMC. Estas responsabilidades deben pagarse por (1) el beneficiario de Medicare, (2) por alguna tercera persona tal como Medicaid o (3) por alguna aseguradora privada (seguro medigap) comprado por el beneficiario de Medicare. El término Medigap se usa para referirse al seguro de salud particular que, dentro de ciertos límites, paga la mayor parte de los costos por servicio de cuidado de la salud que no están cubiertos en las Partes A o B de Medicare. Estas políticas, que deben ir de acuerdo a los estándares impuestos a nivel federal, las ofrecen la Blue Cross (para la Parte A) y la Blue Shield (para la Parte

B), y muchas otras compañías aseguradoras.

Para la **Parte A**, el pago del beneficiario incluye una cantidad deducible cubierta en un solo pago al comienzo de cada período de prestación (\$696 en 1994). Este cubre la parte del beneficiario de los primeros 60 días de cada período de hospitalización. Si se requiere de un período más prolongado, se deberán efectuar pagos adicionales de coaseguro (\$174 por día en 1994) hasta por un lapso de 90 días de un período de prestaciones. Medicare no se responsabiliza de ningún pago después del día 90, a menos que el beneficiario decida usar su reserva vitalicia y efectuar un pago compartido (\$348 por día en 1994).

Medicare no se hace responsable del pago del servicio de enfermería incluido en la Parte A, los primeros 20 días del SEE por período de prestación. Los servicios médicos a domicilio no tienen deducible ni coaseguro. En cualquier servicio incluido en la Parte A, el beneficiario es el responsable de las tarifas sujetas a reposición para las primeras tres unidades de sangre por año calendárico. El beneficiario tiene la opción de pagar la cuota o de reponer la sangre.

Para la mayoría de las personas de 65 años en adelante, no hay primas para la porción del SH de Medicare. Por lo general, la elegibilidad para la Parte A se obtiene a través de la experiencia laboral del beneficiario, o la de su cónyuge. Sin embargo, algunas personas no calificadas para Medicare pueden comprar la cobertura del SH si también compran la cobertura del SMC. Si tienen 30 cuartos de cobertura, como lo define la administración del Seguro Social, entonces el costo de 1994 por SH es de \$184 por mes, en lugar de los \$245 que normalmente se pagarían.

Para la **Parte B**, el pago del beneficiario incluye: un deducible anual (que en la actualidad es de \$100), las primas mensuales; los pagos de coaseguro para los servicios de la Parte B (por lo general 20 por ciento de los costos permitidos), un deducible de sangre y el pago de cualquier servicio que no esté cubierto

por Medicare. Para los servicios de SMC, es necesario que los beneficiarios tengan responsabilidades económicas compartidas. La Parte B de Medicare ayuda a los pacientes con PRET a pagar las diálisis y transplantes necesarios. Los costos compartidos regulares de la Parte B también aplican para los servicios de PRET.

Pago a prestadores de servicios:

Para la **Parte A**, antes de 1983, el pago se efectuaba de acuerdo a un criterio de costo razonable. Los pagos de Medicare para la mayoría de los pacientes internos, están cubiertos desde 1983 por un plan conocido como Sistema de Pago Eventual (SPE). En dicho sistema, el hospital recibe una cantidad previamente establecida, basada en el diagnóstico del paciente dentro de un Grupo de Diagnóstico Relacionado (GDR) para proporcionar cualquier servicio médico que se requiera durante la estancia en el hospital del paciente. En algunos casos, el pago recibido es menor a los costos reales del hospital, en otros, es mayor. El hospital puede absorber la pérdida, o tener cierta ganancia. Algunas veces se efectúan ajustes de pago en casos aislados. Los pagos por la cobertura de los servicios médicos a domicilio, los de asilos y los de servicios de enfermería se realizan de acuerdo a la metodología de costos razonables, teniendo cada servicio algunas restricciones y limitaciones.

Para la **Parte B**, se paga a los médicos de acuerdo a honorarios razonables. Esta base se definió como (1) los honorarios más bajos aceptados por los médicos (2) los honorarios de rutina de los médicos o (3) el costo prevaleciente en la localidad por servicios similares. Desde enero de 1992, los honorarios razonables se definen como la menor cantidad posible de: los honorarios entregados o una tabla de cuotas basada en una escala de valor relativo (EVR). El equipo médico durable y los servicios clínicos de laboratorio también se basan en una tabla de cuotas. Los servicios para pacientes externos y de OSMD se reembolsan de acuerdo a un criterio de costos razonables.

Si un médico o proveedor acepta la tarifa aprobada como el pago total (es decir

toma la asignación), los pagos proporcionados deben considerarse como pagos totales (una vez que se han efectuado los pagos de responsabilidades económicas compartidas) por ese servicio. No deben buscarse que el beneficiario o asegurado efectúe pagos adicionales. Si el proveedor no toma la asignación, el beneficiario tendrá que pagar el sobrante (que puede pagar el seguro medigap). No existen límites con respecto al sobrante que los proveedores pueden cobrar. Sin embargo, ya que los beneficiarios de Medicare tienen la opción de elegir a los médicos que van a atenderlos, pueden seleccionar a aquellos que tomen la asignación.

Procesamiento de Reclamaciones Medicare

Los contratistas de Medicare (intermediarios y transportistas) pueden ser organismos u organizaciones públicas o privada (en la actualidad todas son aseguradoras privada) que son contratadas para servir como agentes fiscales entre los proveedores y el gobierno federal en la administración local de las Partes A y B del programa Medicare.

Los **intermediarios** de Medicare procesan las reclamaciones de la Parte A por los servicios institucionales, incluyendo las reclamaciones de hospitalización, de servicios especializados de enfermería, de organismos de servicios médicos a domicilio y de servicios de asilo. También procesan las reclamaciones de los pacientes externos por SMC. Algunos ejemplos de intermediarios son las Asociaciones Blue Cross y Blue Shield (que utilizan planes de Blue Cross en distintos estados) y compañías aseguradoras.

Las responsabilidades de los intermediarios son:

- Determinar los costos y las cantidades reembolsables;
- llevar los registros;
- establecer controles;
- salvaguardarse contra fraude y abuso o uso excesivo;
- llevar a cabo revisiones y auditorías.

- efectuar los pagos a proveedores por concepto de servicios; y
- auxiliar a los proveedores y a los beneficiarios conforme se requiera.

Los transportistas de Medicare se encargan de las reclamaciones de la Parte B por servicios prestados por proveedores médicos y doctores. Ejemplos de transportistas son el Plan Blue Shield en un estado y las compañías aseguradoras.

Las responsabilidades de los transportistas son:

- Determinar los honorarios permitidos por Medicare;
- mantener registros de calidad en el desempeño de sus funciones;
- cooperar en investigaciones de fraude y abuso;
- auxiliar tanto a proveedores como a beneficiarios conforme se requiera; y

efectuar los pagos a médicos y proveedores por los servicios cubiertos en la Parte B.

Las **Organizaciones de Revisiones Equitativas (ORE)** son grupos de profesionistas practicantes a cargo del cuidado de la salud contratados por el gobierno federal para revisar la atención brindada a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Las ORE se encargan de promover la prestación de servicios eficaces y económicos de cuidado de la salud a la población que Medicare atiende.

Las responsabilidades de las ORE son:

- Decidir si la atención proporcionada es razonable y necesaria;
- decidir si la atención se brinda en un lugar adecuado;
- revisar la validez de la información de diagnóstico de los hospitales;
- revisar la pertinencia de las admisiones y altas;
- decidir si los estándares de calidad se están respetando; y
- revisar la conveniencia de la atención por la que debe efectuarse un pago

adicional en casos excesivamente costosos.

Administración de Medicare

La responsabilidad general para la administración del programa de Medicare recae en el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DSSH) y en los distintos componentes: la Administración Financiera del Cuidado de la Salud (AFCS), el Servicio Público de Salud (SPS) y la Administración de Seguridad Social (ASS). La AFCS es principalmente responsable de Medicare, incluyendo: la formulación de políticas y parámetros, la supervisión de contratos y operaciones; el mantenimiento y revisión de los registros de utilización y el financiamiento general de Medicare. La ASS es responsable de la determinación inicial de los derechos de un individuo y está a cargo del registro maestro de beneficiarios de Medicare. El SPS es responsable de administrar los aspectos profesionales de salud de Medicare.

La Secretaría de Hacienda se encarga de los fondos fiduciarios de la Parte A y B de Medicare y de la transferencia de fondos para pagar las cuentas. Un consejo de fideicomisarios, que está compuesto de dos miembros designados y tres ex-officio, se encarga de los fondos fiduciarios para el SH y el SMC. El Consejo de Fideicomisarios reporta al Congreso el estatus y el manejo de los fondos fiduciarios de Medicare el primero de abril de cada año.

Los organismos estatales (por lo general los Departamentos de Salud del Estado con acuerdos con la AFCS), colaboran auxiliando al DSSH a identificar, investigar e inspeccionar las instalaciones o instituciones proveedoras que desean participar en el programa Medicare. En colaboración con la AFCS, certifican a aquellos que están calificados. El organismo estatal también coordina los distintos programas estatales para asegurar iniciativas eficaces y económicas, y ayuda a los proveedores como consultor.

Tendencias del Programa Medicare y Resumen

El Programa Medicare abarca al 95 por ciento de la población de edad avanzada de nuestra nación, además de muchos de los incapacitados por el Seguro Social. En un año calendárico (AC) 1993, el SH cubrió a 36 millones de derechohabientes a un costo de \$94,000 millones (que se esperaba fueran \$107,200 millones en 1994), y SMC incluyó a 34.6 millones de derechohabientes a un costo de \$57,800 millones (que se esperaban fueran un total de \$61,800 millones para 1994). Los costos administrativos fueron de 1.0 por ciento de SH y 3.5 por ciento de SMC de los desembolsos para 1993.

Combinando los pagos de las prestaciones del SH y del SMC para todos los servicios de Medicare en el AC de 1993, el desembolso promedio por derechohabiente fue de \$4,111. De estas personas con derecho al Medicare en 1993, más del 80 por ciento emplean servicios de Seguros Médicos Complementarios, mientras que sólo el veinte por ciento usa los Servicios de Seguros Hospitalarios.

El costo cada vez mayor del cuidado de la salud es una de las principales preocupaciones de la AFCS, del Presidente y del Congreso. El calendario presente para financiar la Parte A del programa es suficiente para asegurar el pago de prestaciones sólo para los próximos siete años. Y, aunque la Parte B del programa está por el momento al corriente, el crecimiento pasado y el proyectado en el costo del programa es una grave preocupación. En términos generales: se proyecta que los costos del programa de SMC aumenten de 0.88 por ciento del PIB de la nación en el AC de 1993, a 4.37 por ciento del PIB en el AC 2068; y se calcula que los costos del programa del SH aumentarán de 1.52 por ciento del PIB en el AC de 1993 a 4.98 por ciento del PIB en el AC 2068.

Las predicciones para el futuro más inmediato indican que, si los gastos continúan como hasta el momento, con una velocidad de crecimiento normal para la población, y si no existen cambios importantes en los programas de

cuidado de la salud, los desembolsos para el programa Medicare aumentarán de \$169,000 millones en el AC 1994 a casi \$205,000 millones en el AC 1996.

MEDICAID: UN BREVE RESUMEN

Resumen

El Título XIX de la Ley de Seguridad Social es un programa conjunto del Estado Federal que proporciona asistencia médica a ciertos individuos y familias de bajos recursos e ingresos. El programa, conocido como Medicaid, se convirtió en ley en 1965 como una empresa de cooperación entre los gobiernos federales y los estatales para ayudar a los estados en la provisión de una atención médica más adecuada a las personas necesitadas. Medicaid es el programa de salud más grande que brinda servicios médicos y servicios relacionados con la salud en general para las personas más pobres de Estados Unidos.

Dentro de parámetros nacionales generales que el gobierno federal establece, cada uno de los estados: (1) establece sus propios estándares de elegibilidad; (2) determina el tipo, cantidad, duración y rango de servicios; (3) establece la tasa de pagos de servicios; y (4) administra su propio programa. Por ello, los programas de Medicaid varían considerablemente de estado a estado y algunas veces dentro de un mismo estado.

Bases de elegibilidad y mantenimiento del estatus de asistencia

Por lo general, los estados son muy discretos en la determinación de los grupos que cubrirán sus programas Medicaid y en los criterios financieros para la elegibilidad de dichos programas. Sin embargo, para ser elegible para fondos federales, los Estados deben proporcionar cobertura Medicaid para la mayoría de los individuos que reciben pagos de mantenimiento de ingresos apoyados a nivel federal, así como para grupos relacionados que no reciben pagos en efectivo. A continuación se muestran los grupos de elegibilidad obligatoria de

Medicaid:

- Familias con menores dependientes que reciben ayuda (FMDA);
- Niños menores de 6 años que cubren los requisitos financieros de las FMDA del estado o cuyas familias tienen un ingreso menor al 133% del nivel federal de pobreza (NFP);
- Embarazadas cuya familia tiene un ingreso menor al 133% del NFP (los servicios a mujeres están limitados a embarazo, complicaciones del mismo, parto y tres meses de atención post-parto);
- Menores de hasta un año de edad y embarazadas que no están protegidas por las reglas obligatorias y cuya familia tiene un ingreso de 185% o menos del NFP (el porcentaje de NFP lo establece cada estado);
- Personas que reciben un Ingreso Complementario de Seguridad p73 (ICS) (o los ancianos, ciegos o incapacitados en los estados que aplican requisitos de elegibilidad más restrictivos);
- Grupos especiales protegidos (normalmente individuos que pierden la ayuda a familias con menores dependientes debido a sus salarios o al aumento en las prestaciones de seguridad social, pero que pueden mantener el Medicaid durante un cierto período);
- Personas que reciben ayuda por adopción amparadas por el Título IV-E de la Ley de Seguridad Social;
- Ciertos beneficiarios del Medicare (de los que se hablará más adelante);
y
- Todos los niños nacidos después del 30 de septiembre de 1983 de familias con ingresos menores al NFP. (Reciben una cobertura amplia de Medicaid hasta los 19 años. De esta manera, para el año 2002, todos los pobres menores de 19 años estarán protegidos).

Los estados también tienen la opción de proporcionar cobertura de Medicaid para otros grupos sumamente necesitados. Estos grupos opcionales comparten algunas características con los grupos obligatorios, pero los criterios de elegibilidad se definen con mayor libertad. Los grupos opcionales más amplios que los estados pueden incluir en el programa Medicaid (y por los cuales

recibirán los respectivos fondos federales) son:

- Menores de 21 años que llenan los requisitos de ingresos y recursos de las FMDA, pero que no son elegibles para la ayuda;
- Personas que reciben pagos estatales por ingresos complementarios;
- Individuos institucionalizados con ingresos y recursos que se encuentran por debajo de los límites especificados.
- Ciertos ancianos, ciegos o incapacitados que tienen ingresos mayores a los que requiere la cobertura obligatoria pero que están por debajo del NFP.
- Personas que reciben atención por renunciadas basadas en la comunidad;
- Personas infectadas de TB que serían elegibles para Medicaid a nivel de ICS (pero sólo para los servicios ambulatorios y medicamentos relacionados con la TB; y
- Personas con necesidades médicas, (descritas a continuación).

La opción de tener un programa de necesidades médicas (NM) permite a los estados extender la elegibilidad de Medicaid a las personas calificadas adicionalmente con gastos de cuidado de la salud importantes o que tienen ingresos mayores a los niveles de suma necesidad obligatorios u opcionales. Tales personas pueden depender de la elegibilidad de Medicaid al incurrir en gastos de cuidado médico y/o remedial que compensen el sobrante de su ingreso, reduciéndolo así a un nivel menor al ingreso máximo permitido por el plan Medicaid del estado.

Los estados también pueden permitir a las familias el establecer elegibilidad para cobertura de NM al pagar primas mensuales al estado que equivalgan a la diferencia entre el subsidio mínimo para la elegibilidad de ingresos, y el ingreso de una familia (reducido por cualquier gasto no pagado en el que se incurrió por atención médica en meses pasados).

El programa Medicaid de necesidades médicas no tiene que ser tan extenso como el programa de sumas necesidades en un estado, pero existen ciertos requisitos. Si un estado tiene un programa de NM, deben brindarse ciertos

servicios como mínimo (el estado también puede decidir incluir servicios adicionales); y en cualquier programa de NM, los estados deben proporcionar cobertura a ciertas personas (algunos menores de 18 años y embarazadas con NM). Un estado puede decidir proporcionar elegibilidad a otras personas con NM también, como ancianos, ciegos y personas incapacitadas, parientes a cargo de los enfermos o niños que no cuentan con el apoyo y cuidado de sus padres y otros menores de 21 años elegibles a nivel financiero. En 1993, cuarenta estados tenían un programa de NM que brindaba al menos algunos servicios para ciertos grupos beneficiados.

La Ley de Cobertura Catastrófica Medicare (LCCM) de 1988 hizo algunos cambios importantes que afectaron a Medicaid. Aun cuando gran parte de dicha ley fue abrogada, las porciones de Medicaid permanecieron vigentes. Para las personas que reciben servicios de enfermería Medicaid, la LCCM protege gran parte del ingreso y recursos del cónyuge institucionalizado, y los recursos para asegurar un nivel moderado de apoyo al cónyuge. Como resultado, menos ingresos y recursos permanecen disponibles para contribuir al costo de la atención; de esta forma, el cónyuge institucionalizado califica para Medicaid antes de lo que hubiera sido posible anteriormente.

Medicaid no proporciona asistencia médica a todas las personas pobres. Aun bajo las provisiones más amplias del estatuto federal, Medicaid no proporciona servicios de cuidado de la salud aun para los más pobres a menos que se encuentren dentro de uno de los grupos designados con anterioridad. Los bajos ingresos son sólo una prueba para la elegibilidad de Medicaid; los ingresos y recursos también se revisan de acuerdo a mínimos establecidos (como lo determina cada estado, dentro de parámetros federales).

Una vez que se determina la elegibilidad para Medicaid, la cobertura es por lo general retroactiva al tercer mes anterior a la solicitud. La cobertura Medicaid generalmente termina a fin de mes en que la persona ya no cubre los criterios de cualquier grupo de elegibilidad para Medicaid. Además del programa Medicaid, la mayoría de los estados tienen programas Estatales

Adicionales para brindar atención médica a personas pobres que no califican para Medicaid. Se proporcionan los fondos federales correspondientes para estos programas estatales.

Rango de servicios Medicaid

El Título XIX de la Ley de Seguridad Social establece que, para poder recibir fondos federales, un estado debe ofrecer ciertos servicios básicos a la población sumamente necesitada:

- Servicios para pacientes internos;
- servicios para pacientes externos;
- atención prenatal;
- servicios médicos;
- servicios de enfermería (SE) para personas de 21 años en adelante;
- servicios médicos a domicilio para personas que requieren de servicios de enfermería especializados;
- servicios de planeación familiar y provisiones;
- servicios clínicos rurales de salud;
- servicios de laboratorio y rayos X;
- servicios pediátricos y familiares;
- servicios de enfermeras parteras;
- ciertos servicios de centros de salud y servicios ambulatorios calificados federalmente; y
- servicios de monitoreo temprano y periódico, diagnóstico y tratamiento (MTPDT) para menores de 21 años.

Los estados también reciben ayuda federal si deciden proporcionar otros servicios opcionales aprobados. Algunos de los servicios opcionales dentro del programa Medicaid son:

- servicios clínicos
- servicios de enfermería para ancianos e incapacitados;

- servicios de cuidado intermedio para retrasados mentales (SCI/RM);
- servicios de optometría y anteojos;
- medicamentos prescritos;
- dispositivos protésicos;
- servicios dentales; y
- servicios ambulatorios relacionados con la TB y medicamentos para personas que califican.

Los estados pueden proporcionar atención basada en la comunidad a ciertas personas con males crónicos. Otra opción permite a ocho estados (como proyecto de demostración) establecer y proporcionar servicios de sustento apoyados por la comunidad para retrasados mentales o con alguna condición relacionada.

Cantidad y duración de los servicios de Medicaid

Dentro de los parámetros federales, los estados determinan la cantidad y duración de los servicios ofrecidos bajo los programas de Medicaid. Pueden limitar, por ejemplo, el número de días de hospitalización o el número de visitas médicas cubiertas. Sin embargo, los estados no pueden limitar la duración de la cobertura de los servicios de hospitalización necesarios provistos a los niños elegibles para Medicaid de menos de seis años que se encuentran en hospitales con cupo desproporcionado (descritos más adelante) y para los infantes en todos los hospitales.

Con algunas excepciones, un plan Medicaid estatal debe permitir a los beneficiarios la libertad de seleccionar entre los proveedores participantes. Los estados pueden proporcionar y pagar por los servicios de Medicaid a través de distintos acuerdos de pagos previos, tales como organizaciones de mantenimiento de la salud (OMS).

En general, los estados deben proporcionar cantidades, duración y rango de servicio comparables a todas las personas sumamente necesitadas. Sin

embargo, existen dos excepciones importantes:

- Los servicios de cuidado de la salud identificados en el programa MTPDT como con necesidades médicas para niños elegibles, deben ser proporcionados por Medicaid, aun cuando dichos servicios no formen parte de los servicios cubiertos por el plan estatal (es decir, sólo ciertos niños recibirán los servicios específicos); y
- Los estados pueden pedir a los que desisten que proporcionen servicios basados en la comunidad (SBC) bajo los cuales ofrecen un paquete de cuidado de la salud alternativo para personas que de otra forma estarían institucionalizadas bajo Medicaid (es decir, sólo las personas designadas recibirán los SBC. Los estados no están limitados en el rango de los servicios que pueden proporcionar bajo tales renunciaciones, siempre y cuando sean efectivos a nivel de costos (a menos que, de no ser parte del cuidado de cura de descanso, no proporcionen habitación y otros servicios para tales beneficiarios).

Pago de servicios de Medicaid

Medicaid opera como un programa de pago a prestadores de servicios, ya que los estados pagan directamente a los proveedores. Los proveedores que participan en Medicaid deben aceptar el nivel de reembolso de Medicaid como pago total. Con unas cuantas excepciones, cada estado es muy discreto en determinar la metodología de reembolso y la tarifa resultante para servicios (dentro de los límites superiores impuestos a nivel federal y restricciones específicas).

Los estados pueden imponer deducibles nominales, coaseguros o pagos conjuntos en algunos beneficiarios de Medicaid para ciertos servicios. Sin embargo, ciertos derechohabientes de Medicaid deben ser excluidos de los costos compartidos: las embarazadas, los menores de 18 años, los pacientes de hospitales o de asilos que deben contribuir con gran parte de su ingreso

al cuidado institucional, y los derechohabientes sumamente necesitados en OMS. Además, los servicios de emergencia y de planeación familiar deben estar exentos de responsabilidades económicas compartidas para todos los derechohabientes.

La porción de cada programa Medicaid estatal que el gobierno federal paga, conocido como el Porcentaje de Asistencia Médica Federal (PAMF), se determina anualmente por una fórmula que compara el nivel de ingresos promedio per capita del estado con el ingreso promedio nacional. Por ley, el PAMF no puede ser menor al 50 por ciento ni mayor al 1.83 por ciento. Los estados más ricos tienen una pequeña participación de sus costos reembolsados. En 1993, los PAMF variaron de 50 por ciento (pagado a 11 estados y a Washington, D.C.) a 79.01 por ciento (pagado a Mississippi) con una participación federal promedio entre todos los estados del 57.5 por ciento.

El gobierno federal también comparte los gastos del estado por administración del programa Medicaid. La mayor parte de los costos administrativos se iguala a 50 por ciento para todos los estados. No obstante, dependiendo de la complejidad y de la necesidad de incentivos para un servicio particular, se autorizan las tarifas más altas para ciertas actividades y funciones. Los pagos federales de Medicaid a los estados no tienen un límite establecido; por otro lado, el gobierno federal equipara (a tarifas de PAMF) los pagos estatales para los servicios obligatorios más los servicios opcionales que el estado individual decida proporcionar a los derechohabientes elegibles. Las tasas de reembolso deben ser suficientes para enlistar un número adecuado de proveedores, de tal forma que la atención del Medicaid y los servicios estén disponibles para la población en general en esa área geográfica.

Los Estados también pueden incrementar el pago a hospitales calificados que proporcionan servicios de hospitalización a un número desproporcionado de derechohabientes de Medicaid y/o a las personas de bajos ingresos bajo lo que se conoce como el programa de hospital de cupo desproporcionado (HCD). Bajo este programa, que se ha manejado con donaciones reembolsables e

impuestos de proveedores, algunos estados han realizado importantes pagos HCD para poder obtener mayor presupuesto federal con poco o ningún aumento en la participación del Estado. Sin embargo, de acuerdo a la legislación aprobada en 1991, estos pagos ahora están limitados.

Tendencias Médicas y Resumen

Medicaid fue inicialmente formulado como una extensión de atención médica de programas de mantenimiento de ingresos fundados a nivel federal para las personas de escasos recursos, con énfasis en los menores dependientes y sus madres. Sin embargo, con el paso de los años Medicaid se ha ido apartando de un estrecho nexo con la elegibilidad para algunos programas. La legislación reciente asegura la cobertura de Medicaid a un gran número de mujeres embarazadas de bajos ingresos, niños pobres y para algunos beneficiarios de Medicare que no son elegibles para ningún programa de ayuda en efectivo. Tales personas no deben haber sido elegibles para Medicaid en legislaciones pasadas. Los cambios legislativos también enfocados a menores límites de servicio, acceso ampliado, mejor calidad en la atención, continuación de prestaciones específicas y programas de mayores alcances.

El concepto de Atención Manejada, que está creciendo rápidamente dentro del programa Medicaid, busca fomentar el acceso a la atención de calidad de manera efectiva a nivel de costos. Para junio 30 de 1993, 4.8 millones de derechohabientes de Medicaid se habían inscrito en programas de Atención Manejada Medicaid, y el número de participantes está aumentando rápidamente.

El mayor cambio del programa original Medicaid ha sido el crecimiento del papel substancial de Medicaid en el cuidado de largo plazo. En 1991, un promedio de casi 45 por ciento de la atención para las personas que requieren de servicios de enfermería o de servicios médicos a domicilio en los Estados Unidos fueron pagados por el programa Medicaid. Un porcentaje más grande lo paga Medicaid para aquellas personas que usaron más de cuatro meses de

dicha atención de largo plazo. En 1983, los prestadores de servicios de Medicaid para servicios de enfermería y/o servicios médicos a domicilio equivalieron a casi 40,000 millones.

Las políticas de Medicaid para la elegibilidad y servicios son complejas, y muy desiguales aun entre Estados adyacentes o de tamaño similar. Una persona que es elegible para Medicaid en un Estado puede no ser elegible para Medicaid en otro Estado. Los servicios proporcionados por un Estado pueden diferir considerablemente en cantidad, duración o rango de servicios provistos en un estado similar o vecino. Además, la elegibilidad de Medicaid y/o servicios dentro de un estado pueden cambiar durante el año.

Desde sus inicios, los aumentos en los gastos para el programa de Medicaid han excedido el índice de precios al consumidor así como el aumento en el número total de personas atendidas y al aumento en los servicios proporcionados. Este crecimiento cada vez mayor en los gastos de Medicaid parece deberse principalmente a cuatro factores:

- aumento en las tarifas de pagos a proveedores de servicios médicos y de cuidado de la salud, comparados con la inflación general;
- los resultados de los avances tecnológicos para salvar a más recién nacidos de bajo peso y otras personas que sobreviven críticamente enfermas o con lesiones severas, pero que necesitan de atención extensiva y costosa;
- el aumento en el número de personas muy ancianas o incapacitadas que requieren de atención y servicios relacionados de largo plazo y/o sumamente especiales; y
- el aumento de la población cubierta por Medicaid (resultado de la recesión económica y los decretos federales).

La mayoría de los derechohabientes de Medicaid requieren de gastos relativamente pequeños por persona, por año. Por ejemplo, la información preliminar para 1993 indica que los pagos de Medicaid para prestadores de

servicios para más de 16 millones de menores de 21 años equivalió tan sólo a \$1,013 por persona. Otros grupos, con mucho menos personas, tienen gastos por persona mucho mayores; por ejemplo, los 149,000 derechos habientes de la atención SCI/RM en 1993 que equivalieron pagos de Medicaid por \$59,156 por persona por concepto de SCI/RM más el costo del cuidado intensivo y otros servicios que recibieron fuera de las instalaciones de SCI/RM. Además, al menos 40 por ciento de la atención a personas con SIDA (que en 1992 se calcula es de \$40,000 por persona por año) la paga Medicaid.

Aunque el número de derechohabientes es relativamente pequeño, algunos pacientes individuales (por ejemplo, los pacientes con quemaduras de tercer grado, las víctimas de accidentes con lesiones múltiples craneales y cerebrales, los nacimientos prematuros, los pacientes que requieren de trasplantes de órganos y otros que requieren de cuidados médicos intensivos, extensivos y especializados) pueden costar hasta \$4,000 por día por persona. Unas cuantas personas requieren de muchos años de cuidados extensivos y muy complejos que cuestan cientos de miles de dólares por persona, año tras año.

La información preliminar indica que más de 39.7 millones de personas fueron inscritas en Medicaid en 1993. De ellas, 33.4 millones (13.4 por ciento de la población de Estados Unidos) recibió al menos algún servicio de salud en 1993 incluido en el programa Medicaid. Los gastos totales de 1993 para el programa de Medicaid incluyeron: pagos a prestadores de servicios por 101,700 millones; pagos por distintas primas (para OMS, Medicare, etc.) por casi \$7,800 millones; pagos para hospitales con cupo desproporcionado de casi \$16,600 millones; y costos administrativos. Este total aumentó de \$115,900 millones en 1992 a \$125,800 millones en 1993 (\$72,300 millones del presupuesto federal y \$53,500 del presupuesto estatal). En 1993, los pagos de Medicaid a prestadores de servicios médicos sumaron la cantidad de \$3,402 por derechohabiente de Medicaid.

Se proyecta que la tasa compuesta de crecimiento de Medicaid para el programa existente sea de 12.7 por ciento por año entre los años 1993 y 2000. Por ello,

si continúa la tendencia de gastos actual, y no existen cambios importantes en el programa Medicaid, los pagos para el total de programas Medicaid (federales y estatales) excederán los \$290,000 millones para el año 2000.

Los programas Medicaid deben funcionar de acuerdo a distintos factores estatales económicos, sociales y políticos.

El Congreso estadounidense, el Departamento de Salud y Servicios Humanos y los estados individuales buscan constantemente hacer mejoras a la calidad de los programas de Medicaid, la efectividad y la extensión de los servicios de cuidado de la salud. La necesidad de una mayor elegibilidad y de servicios más extensivos y perdurables es obvia. No obstante, también existe una gran presión para limitar los presupuestos federales y estatales. Con el fin de buscar un equilibrio entre estos factores, se llevan a cabo revisiones en las leyes federales, en las regulaciones de AFCS y en los planes Medicaid de los estados. Por ello, el programa Medicaid cambia constantemente.

LA RELACION MEDICAID-MEDICARE

Algunas ancianos o incapacitados están amparados por los dos programas: Medicaid y Medicare. Estas personas pueden recibir servicios Medicare a los que tienen derecho así como servicios adicionales disponibles en el programa Medicaid del estado. Ya que cada estado selecciona su Plan Medicaid, los servicios tales como anteojos, apoyos auditivos y cuidados de enfermería por más de los 100 días cubiertos por Medicare pueden ser proporcionados a estas personas a través del programa Medicaid. El programa Medicaid paga todas las porciones de costos compartidos para la Parte A y B de Medicare de las personas completamente elegibles.

Además, existen otros beneficiarios de Medicare (TIIC, BMC o BEMB que se explicarán más adelante) que no son totalmente elegibles para Medicaid, pero que reciben cierta ayuda del programa Medicaid estatal para el pago de parte

FTE 20 GAN

o de las primas completas de Medicare y de los costos compartidos. Las personas identificadas como TIIC que pierden sus prestaciones Medicare porque regresan a trabajar, tienen derecho a comprar la cobertura Medicare SH y SMC. Sin embargo, la prima de SH (pero no la prima de SMC) debe pagarla el programa Medicaid estatal para los TIIC con ingresos menores al 200% del Nivel Federal de Pobreza.

Otros beneficiarios de Medicare que pueden recibir cierta ayuda son aquellos conocidos como Beneficiarios de Medicare Calificados (BMC) y aquellos conocidos como Beneficiarios Especificados de Medicare de Bajos Ingresos (BEMB). Para los BMC, (los beneficiarios de Medicare que tienen recursos de menos de dos veces el estándar permitido en el programa ISC, y con ingresos menores al NFP), el Estado paga todos los gastos compartidos y las primas para el SH y el SMC de Medicare. Para los BEMB, (beneficiarios con recursos como los BMC, pero con ingresos ligeramente mayores: menos del 120 por ciento en 1995), el programa Medicaid paga (sólo) las primas de SMC.

Si una persona es un beneficiario de Medicare, los pagos por cualquier servicio cubierto por Medicare los hace el programa Medicare antes que el programa Medicaid efectúe cualquier pago. La legislación aprobada en 1993 estableció un nuevo requisito de sistema de informes de seguros de salud para los patrones. Deben proporcionar mejores bancos de información para la cobertura de cuidado de la salud y serán usados para identificar y cobrar cantidades de terceras partes responsables de pagos para reembolsar los costos en los que se incurrió por artículos y servicios proporcionados a beneficiarios de Medicare y/o Medicaid.

El cuadro 6 muestra la distribución de los receptores de Medicaid y las cantidades pagadas por los servicios recibidos en 1992.

Tabla 6.- Número total de receptores de Medicaid y cantidades de pago promedio, por categorías elegibles y servicios y ayudas específicas, año fiscal 1989.

Categoría elegible y tipo de servicio	Número de receptores ⁽¹⁾ (en miles)	Total de las cantidades de pago (en millones)	Cantidades promedio de pago
Categoría Elegible			
Receptores.....	31,150	\$91,480	\$2,937
Hijos dependientes menores de 21 años de edad.....	15,200	14,758	971
Adultos en familias con hijos dependientes.....	7,040	12,403	1,762
Personas de 65 años en adelante.....	3,749	29,089	7,759
Personas incapacitadas.....	84	530	6,293
Personas invidentes incapacitadas permanente o totalmente.	4,402	33,474	7,604
Otros.....	675	1,226	1,817
Tipo de servicio			
Hospitalización interna.....	5,790	23,686	4,091
Ayuda materna.....	77	2,200	28,460
Recetas médicas.....	1,573	23,547	14,970
Médicos.....	151	8,522	56,517
Hospitalización externa.....	22,070	6,790	308
Casa de reposo.....	21,683	6,122	282
Otros/ no identificados.....	15,167	5,296	349
Clínica.....	926	4,888	5,276
Laboratorio y Rayos X.....	12,674	4,637	366
Dental.....	4,128	2,825	684
Otros/profesionales.....	11,850	1,040	88
Planificación familiar.....	5,717	853	149
EPSDT.....	4,725	539	114
Clínica rural de salud.....	2,559	504	197

1 Las categorías no suman el total porque un menor número de receptores se encuentran en más de una categoría durante el año.

CAPITULO IV

PROGRAMAS PARA GRUPOS ESPECIALES

PRESTACIONES A VETERANOS

Se encuentra disponible una variedad de programas y prestaciones para los veteranos del servicio militar. Dentro de estos programas se encuentran incluidos pagos por discapacidad, ayuda para educación, atención médica y hospitalización, pensiones para sobrevivientes y dependientes, programas de créditos especiales y preferencia de contratación en ciertos trabajos. La mayoría de los programas para veteranos son administrados por el Departamento de Asuntos de Veteranos (Department of Veterans Affairs) que es una dependencia recién creada a nivel gabinete, y que a partir de marzo de 1989 substituyó a la Administración de Veteranos.

Durante el ejercicio fiscal 1992, el total de prestaciones a veteranos y sus dependientes, sin contar jubilación de la carrera y prestaciones de Seguridad Social, alcanzaron US\$30,800 millones de dólares. Esta cantidad incluye US\$16,300 millones para veteranos discapacitados, sus dependientes y sobrevivientes; US\$13,700 millones para programas médicos; y US\$752 millones para programas educativos. Al 1o. de febrero de 1993, 2,664,300 veteranos recibían pensiones por discapacidad y 676,600 viudas recibían pensiones de sobreviviente.

Prestaciones en Efectivo

Se encuentran disponibles dos importantes programas de prestaciones en efectivo para veteranos. El primero otorga pensiones a veteranos con discapacidades relacionadas con el servicio militar, y a la muerte del veterano, se pagan pensiones a su esposa e hijos elegibles. Estas pensiones no son pagaderas de acuerdo con los medios de vida, es decir, se pagan sin importar la existencia de otros ingresos o recursos que pueda tener el pensionado. El segundo programa otorga pensiones a veteranos indigentes con discapacidades no relacionadas con el servicio militar; pero para recibir estas pensiones es necesario comprobar que no se tienen otros

medios de vida o se carece de recursos.

Indemnización por discapacidades relacionadas con el servicio militar.-

El programa de indemnización por discapacidad paga pensiones mensuales en efectivo a aquellos veteranos cuyas discapacidades sean el resultado de alguna lesión o enfermedad incurrida o agravada por el servicio militar activo, ya sea en tiempos de guerra o de paz. Los individuos que hayan sido dados de baja o separados del servicio militar en condiciones deshonrosas no son elegibles para recibir estos pagos compensatorios. El importe de la pensión mensual dependerá del grado de discapacidad, calculado como porcentaje de funciones normales perdidas.

Pensiones por discapacidades no relacionadas con el servicio militar.-

Se pagan pensiones mensuales a los veteranos de guerra con ingresos y recursos limitados, que se encuentren total y permanentemente discapacitados por una condición no atribuible a su servicio militar. Para tener derecho a estas pensiones, un veterano debe haber servido en uno o más de los siguientes períodos de guerra: el Período Fronterizo Mexicano, las I y II Guerras Mundiales, el conflicto en Corea o la era de Vietnam. En general, el período de servicio militar debe haber tenido una duración mínima de tres meses o 90 días, y la baja o separación no deben haber sido deshonrosas..

Pensiones a sobrevivientes.- El DIC o Programa de Indemnización y Dependencia (Dependency and Indemnity Compensation Program) otorga pensiones mensuales al cónyuge sobreviviente, a los hijos, (menores de 18 años, discapacitados o estudiantes), y a algunos de los padres de todas aquellas personas en el servicio militar o veteranos que hayan fallecido como resultado de una lesión o enfermedad incurrida o agravada por el servicio activo o el entrenamiento, o debido a una discapacidad que de alguna manera sea indemnizable de conformidad con las leyes administradas por el Departamento de Asuntos de Veteranos.

Los pagos por indemnización y dependencia también se otorgan cuando al

momento de su fallecimiento, el veterano esté recibiendo o tenga derecho a recibir indemnización por una discapacidad relacionada con el servicio militar. Dicha discapacidad tiene que haber sido clasificada continuamente como totalmente discapacitante por un período de diez años o más, o por lo menos haber persistido en forma continua durante un período mínimo de cinco años a partir de la fecha de baja del veterano. Para tener derecho a dichos beneficios, el cónyuge sobreviviente debe haber estado casado con el veterano por lo menos un año antes de la muerte del veterano o durante cualquier período, si existe un hijo que hayan procreado en o antes del matrimonio.

La elegibilidad para obtener beneficios de sobreviviente, basada en el fallecimiento no relacionado con el servicio militar de un veterano con una discapacidad relacionada con el servicio militar, requiere un matrimonio de por lo menos un año de duración antes del fallecimiento del veterano. Por lo general se requiere que el cónyuge sobreviviente haya vivido continuamente en matrimonio con el veterano hasta su fallecimiento. La elegibilidad para obtener beneficios termina cuando el cónyuge contrae matrimonio de nuevo.

El importe mensual de la pensión pagadera a un cónyuge dependerá del último sueldo pagado al veterano o a la persona en servicio militar fallecida. El importe de la pensión va desde US\$594 mensuales hasta US\$1,633. Las cantidades pagaderas a los padres elegibles son menores, y van desde \$5 hasta US\$336 mensuales, dependiendo del (1) número de padres elegibles, (2) sus ingresos, y (3) su estado civil.

Hay pensiones especiales, además de la pensión mensual regular, que son pagaderas tanto a los cónyuges como a los padres sobrevivientes, en aquellos casos en que sus condiciones físicas requieren la ayuda y atención regular de otra persona. Aquellos cónyuges cuyas condiciones no requieran de la ayuda y atención regular de otra persona, pero cuyas condiciones físicas los mantengan recluidos en sus hogares, tienen derecho a una pensión de US\$87 mensuales, además de su pensión regular. Bajo las disposiciones anteriores, existe una compensación por defunción que es pagadera

en los casos de fallecimientos relacionados con el servicio militar y que hayan ocurrido antes de 1957.

Pensiones por defunciones no relacionadas con el servicio militar.- Las pensiones se pagan de acuerdo con las necesidades de los cónyuges sobrevivientes e hijos dependientes (menores de 18 años, estudiantes o discapacitados) de los veteranos fallecidos durante los períodos de guerra especificados en el programa de pensión por discapacidad. Para que una pensión sea pagadera, por lo general el veterano debe haber cumplido con los mismos requisitos de servicio militar establecidos en el programa de pensiones por discapacidades no relacionadas con el servicio militar, y el cónyuge sobreviviente debe cumplir con los mismos requisitos matrimoniales que se estipulan en el programa de indemnización y dependencia.

El importe de la pensión dependerá de la composición de la familia sobreviviente y de las condiciones físicas del cónyuge sobreviviente. Las pensiones van desde US\$425 mensuales para un cónyuge sobreviviente sin hijos dependientes, hasta US\$812 mensuales para un cónyuge sobreviviente que requiera ayuda y atención regular y que tenga un hijo dependiente. La pensión aumenta US\$101 por mes por cada hijo adicional dependiente.

HOSPITALIZACION Y OTRA ATENCION MEDICA

El Departamento de Asuntos de Veteranos proporciona a los veteranos un sistema hospitalario y de atención médica en todo el país. La elegibilidad para cualquier programa médico en particular se basa en una variedad de factores. La atención se proporciona en dichas instalaciones a veteranos elegibles de acuerdo con dos categorías: "Obligatoria" y "Discrecional". Dentro de estas dos categorías, aquellos veteranos con discapacidades no relacionadas con el servicio militar también deben tener ingresos y recursos limitados, y así poder tener derecho a la atención médica libre de todo costo de parte de Asuntos de Veteranos.

Atención hospitalaria.- A los veteranos elegibles se les proporciona atención hospitalaria y servicios médicos libres de costo cuando:

- Estén discapacitados debido a una lesión o enfermedad incurrida o agravada durante el servicio militar activo,
- Sean ex-prisioneros de guerra,
- Reciban una pensión de parte del Departamento de Asuntos de Veteranos,
- Sean elegibles para Medicaid,
- Tengan necesidad de tratamiento por alguna condición relacionada con haber estado expuestos a la substancia "Agente Naranja" o a radiaciones de pruebas nucleares durante su servicio militar activo, o
- Sean veteranos de la Guerra Española-Americana, el Período Fronterizo Mexicano o la I Guerra Mundial.

Atención a dependientes y sobrevivientes.- Los dependientes y sobrevivientes de algunos veteranos pueden ser elegibles para recibir atención médica de conformidad con el CHAMPVA o Programa Médico y de Salud para Civiles del Departamento de Asuntos de Veteranos (Civilian Health and Medical Program of the Department of Veterans Affairs), cuando no tengan derecho a recibir atención médica de conformidad con el CHAMPUS o Programa Médico y de Salud para los Servicios Uniformados (Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services) o con Medicare. CHAMPUS es el programa de salud administrado por el Departamento de Defensa para dependientes del personal en servicio activo y para jubilados militares y sus dependientes.

Aquéllos con derecho a recibir atención de acuerdo con el programa CHAMPVA incluyen:

- El cónyuge o hijo de un veterano con una discapacidad total y permanente relacionada con el servicio militar.
- El cónyuge sobreviviente de un veterano que haya fallecido como resultado de una discapacidad relacionada con el servicio militar, o que al momento de morir haya padecido una discapacidad total y permanente relacionada con el servicio militar.
- El cónyuge o hijo sobreviviente de una persona que haya fallecido en servicio activo.

Cuando exista espacio disponible, los beneficiarios con cobertura de parte de CHAMPVA pueden recibir tratamiento en las instalaciones hospitalarias del Departamento. Sin embargo, por lo general una persona con cobertura CHAMPVA recibirá tratamiento en el hospital de su comunidad que él o ella elijan. El Departamento de Asuntos de Veteranos paga parte de la cuenta, y de acuerdo con el programa CHAMPVA, el beneficiario es responsable de un pago conjunto.

Atención en residencias e instituciones.- La elegibilidad para ser admitido a una residencia o institución del Departamento de Asuntos de Veteranos es igual a la que debe tenerse para tener derecho a hospitalización en alguna instalación del Departamento. La admisión está basada en un sistema de prioridades, en donde se da la más alta prioridad a aquellos veteranos con una condición relacionada con el servicio militar y que requieran de atención en estas residencias e instituciones. El Departamento de Asuntos de Veteranos también subcontrata los servicios de residencias e instituciones en la comunidad para dar atención, sufragada por el Departamento, a algunos veteranos. La atención en residencias e instituciones de la comunidad por lo general se limita a seis meses, y está disponible para aquellos veteranos con una discapacidad relacionada con el servicio militar o para veteranos que han sido dados de baja de un hospital del Departamento y enviados a estas residencias o instituciones.

Tratamiento médico ambulatorio.- Para los veteranos se encuentra disponible un tratamiento médico ambulatorio muy extenso. Incluye servicios de rehabilitación, consulta, entrenamiento y salud mental en relación con el tratamiento de discapacidades físicas y mentales. Todos aquellos veteranos discapacitados en un 50% a causa de una discapacidad relacionada con el servicio militar, que reciban ayuda y atención como veteranos o prestaciones en su casa por estar recluidos, que sean ex-prisioneros de guerra o veteranos de la I Guerra Mundial, tendrán derecho a atención ambulatoria para cualquier tipo de condición. Otros veteranos podrán recibir atención ambulatoria a causa de sus discapacidades relacionadas con el servicio militar, o podrán completar un período de atención ambulatoria en alguna instalación del Departamento, con el fin de evitar la necesidad de hospitalización en un futuro inmediato. La atención ambulatoria se proporciona de acuerdo con los grupos prioritarios y con los recursos disponibles que tengan las instalaciones.

Otras prestaciones de tipo médico.- Para algunos veteranos elegibles se encuentran disponibles otros programas y prestaciones de tipo médico de parte del Departamento de Asuntos de Veteranos. Estos incluyen: atención domiciliaria para veteranos con ingresos limitados que tengan discapacidades permanentes, pero que sean ambulatorios y puedan cuidarse ellos mismos; tratamiento sobre dependencia de alcohol y drogas; prótesis; modificaciones que deban hacerse en el hogar del veterano debido a su condición física, sujetas a ciertos límites prescritos de costos, y para los veteranos de la Guerra de Vietnam, servicios de terapia de readaptación. En circunstancias limitadas, el Departamento puede autorizar la atención hospitalaria u otros servicios médicos en la comunidad de residencia del veterano, siendo éstos sufragados por el Departamento.

Asistencia educativa.- El Programa de Asistencia Educativa a Veteranos es un programa cotizante de prestaciones disponible para aquellos veteranos que hayan estado en servicio activo desde el 1o. de enero de 1977 y antes del 1o. de julio de 1985. A partir de esta última fecha los veteranos tienen derecho a ayuda de acuerdo con la Ley de Asistencia Educativa a Veteranos de 1984.

También se encuentra disponible un programa de asistencia educativa para aquellos individuos que hayan entrado a la Reserva Selecta después del 30 de junio de 1985. El Departamento de Asuntos de Veteranos también administra un programa de asistencia educativa para los cónyuges sobrevivientes de veteranos fallecidos, cónyuges de veteranos con vida, e hijos en ambos casos, cuando la defunción o la discapacidad total y permanente del veterano sea el resultado del servicio militar. También tendrán derecho a estas prestaciones los cónyuges y los hijos de los militares que actualmente se encuentren perdidos en combate, sean prisioneros de guerra o hayan sido detenidos o encarcelados por la fuerza por un estado extranjero, cuando se encontraban en cumplimiento de su deber.

PROGRAMAS PARA EMPLEADOS PUBLICOS

El Gobierno Federal, los 50 estados y muchos otros lugares mantienen programas que otorgan prestaciones a sus empleados relacionadas con jubilación, discapacidad y sobrevivientes. Estas jurisdicciones también otorgan seguro de enfermedad, seguros de vida en grupo, permisos por enfermedad con goce de sueldo, indemnizaciones por accidentes laborales y seguro de desempleo.

Empleos Federales para Civiles

Los empleados civiles del gobierno federal reciben diversos tipos de protección a través de los programas de prestaciones para empleados, ya que tienen cobertura de jubilación, seguro de vida y de enfermedad y programas de indemnización por accidentes laborales. También se les otorgan permisos por enfermedad con goce de sueldo e indemnización por despido, y están cubiertos por el sistema estatal y federal de seguro de desempleo.

En general, todos aquellos empleados contratados antes del 1o. de enero de 1984, están cubiertos por el CSRS, y los contratados con posterioridad a dicha fecha por el FERS. Existen varios sistemas de jubilación por separado que cubren a clases especiales de empleados, como los que trabajan en el Servicio Foráneo del Departamento de Estado o en la CIA. En seguida se resumen las principales disposiciones de los dos sistemas de jubilación más amplios.

El CSRS permite la jubilación opcional con anualidad completa a la edad de 55 años con 30 de servicio, a los 60 años con 20 de servicio, o a los 62 con 5 años de servicio. Además, los trabajadores con 20 años de servicio y 50 años de edad, o con 25 años de servicio a cualquier edad, tienen derecho a prestaciones totales respecto a jubilación, cuando en forma involuntaria sean despedidos de sus empleos en el gobierno federal. Aquellos trabajadores con un mínimo de cinco años de servicio podrán jubilarse por discapacidad a cualquier edad, siempre y cuando cumplan con los criterios utilizados para determinar la existencia de una discapacidad.

Las prestaciones regulares CSRS están basadas en el promedio de los tres años en los que el trabajador haya obtenido los salarios más altos. La fórmula utilizada es el 1.5% de dicho promedio por cada uno de los primeros cinco años de servicio, 1.75% por cada uno de los siguientes cinco años, y 2% por cada año adicional. Esta fórmula otorga a los empleados con un largo período de servicio, prestaciones de jubilación aproximadamente iguales a las dos terceras partes del promedio de sus "tres ingresos más altos". A aquéllos que se jubilen por discapacidad, se les garantiza una pensión igual al 40% del promedio de sus tres ingresos más altos, o una anualidad basada en la proyección de sus servicios hasta los 60 años de edad, lo que sea menor. Cuando la pensión regular de jubilación de un pensionado discapacitado sea mayor a esta cantidad garantizada, él o ella recibirán la cantidad mayor, aunque ninguna anualidad podrá exceder el 80% del promedio de los tres salarios más altos.

El cónyuge de un empleado que fallezca antes de la jubilación recibirá

una pensión por sobreviviente igual al 55% de la garantía de discapacidad. En el momento de la jubilación, la anualidad de un trabajador casado se reduce actuarialmente con el fin de otorgar pensiones como sobreviviente a su cónyuge después del fallecimiento de dicho trabajador. Dichas anualidades son iguales al 55% del importe de la pensión no reducida del trabajador. Por lo general, los hijos sobrevivientes reciben pagos mensuales fijos.

El CSRS o Sistema de Jubilación para los Trabajadores del Estado es financiado en parte por aportaciones conjuntas del empleado y el patrón, y en parte por ingresos generales. Tanto los trabajadores federales como las dependencias donde prestan sus servicios aportan cada uno el 7% del sueldo del empleado, y el gobierno asume el saldo del costo, incluyendo el pasivo flotante. Por lo general las prestaciones en el CSRS se ajustan cada año con el fin de mantener el ritmo con el aumento del costo de vida, de conformidad con el Índice de Precios al Consumidor.

Antes del 1o. de enero de 1984 los empleos federales permanentes de tiempo completo no estaban cubiertos por el programa de Seguridad Social. Aquellos trabajadores que no estaban cubiertos por el sistema federal de jubilación, principalmente los temporales o de tiempo parcial, desde 1950 han tenido cobertura de Seguridad Social. Desde el 1o. de enero de 1983 todos los trabajadores civiles federales han estado cubiertos bajo el programa de Seguro Hospitalario (Parte A de Medicare), y pagan el 1.45% de sus sueldos como cuotas para dicho sistema.

El programa FERS se estableció mediante legislación aprobada en el mes de junio de 1986 con el fin de cubrir a todos los empleados contratados después del 31 de diciembre de 1983, así como todos los que quisieran cambiarse del CSRS. Las prestaciones proporcionadas por el nuevo sistema son análogas a las proporcionadas bajo el CSRS, pero la estructura del FERS es bastante diferente.⁴⁶

La estructura del FERS es de tres niveles, y el primer nivel es el programa de

Seguridad Social. Todos los trabajadores registrados en el FERS están cubiertos por la Seguridad Social. Aportan al programa a la tasa vigente de cuota y son elegibles para las mismas prestaciones, de la misma manera que todos los demás trabajadores cubiertos por la Seguridad Social. El segundo nivel de FERS es una pensión federal. Para aquellos trabajadores que se jubilen a la edad de 62 años con un mínimo de 20 años de servicio, esta anualidad está basada en el promedio de los tres años consecutivos durante los cuales el trabajador haya obtenido los salarios más altos, y calculados a la tasa del 1.1% por año de servicio. Para aquellos trabajadores que se jubilen antes de los 62 años, o después de los 62 con menos de 20 años de servicio, el multiplicador es el 1% por año de servicio. Los trabajadores cubiertos por FERS aportan para esta pensión; en 1993 su tasa de aportación combinada para Seguridad Social, Medicare y pensión federal fue del 8.45% del salario.

Las disposiciones de FERS respecto a discapacidad están integradas con las del programa de Seguridad Social. En general, la prestación otorgada es el 40% del promedio de los tres salarios más altos, más el 40% del pago regular de Seguridad Social por discapacidad. Las pensiones de sobreviviente bajo el FERS son pagadas en forma adicional a las prestaciones pagadas por la Seguridad Social. La fórmula para prestaciones a sobrevivientes varía de acuerdo con el empleo del trabajador en el momento de su fallecimiento, es decir, si el occiso estaba empleado en ese momento, si era ex-empleado o un pensionado.

Un trabajador que cumpla con todos los requisitos respecto a edad y servicio para recibir una anualidad al amparo del FERS, pero que tenga una edad a la cual todavía no son pagaderas las pensiones de Seguridad Social, podrá recibir un Complemento Especial de Jubilación, hasta que él o ella cumplan los 62 años. Esta prestación se aproxima a la pensión de Seguridad Social devengada durante el servicio federal, y deja de pagarse cuando el jubilado comienza a recibir la pensión de Seguridad Social.

El último y tercer nivel del FERS es un plan de ahorro con impuestos diferidos

que se conoce como Plan de Economía. Bajo este plan los trabajadores pueden aportar hasta el 10% de sus sueldos, con el gobierno aportando hasta el 5% del sueldo. Las aportaciones y los ingresos por intereses no son gravables sino hasta el momento que se retiran, que por lo general es hasta la jubilación. Estos fondos pueden invertirse en valores del gobierno de Estados Unidos, en un fondo de renta fija del sector privado o en un fondo indicador de acciones ordinarias.

El segmento de pensiones federales del FERS es administrado por el Fondo Fiduciario para Jubilación y Discapacidad de los Trabajadores del Estado, de igual manera que el CSRS. En 1991, el Fondo pagó US\$26,400 millones a 1.6 millones de pensionados jubilados y discapacitados, y US\$4,700 millones a 570,000 pensionados sobrevivientes.

Los programas de seguros de grupo de enfermedad y vida disponibles para los empleados federales son opcionales, y son financiados mediante aportaciones conjuntas de parte del trabajador y de la dependencia gubernamental en donde preste sus servicios. El Gobierno paga una tercera parte del costo del seguro de vida básico y un promedio del 70% del costo del seguro de enfermedad.

Los trabajadores reciben cada año el pago de 13 días de permiso por enfermedad con goce de sueldo, que pueden acumularse sin límite. De acuerdo con el CSRS, pero no así bajo el FERS, este pago acumulado por enfermedad con goce de sueldo puede acreditarse a la antigüedad en el momento de la jubilación. La Ley de Indemnización de Empleados Federales (Federal Employees Compensation Act), o sea indemnización por accidentes laborales, otorga pensiones en el caso de lesiones, enfermedad o defunción, relacionadas con el desempeño del trabajo. El seguro de desempleo para trabajadores federales es pagado mediante las aportaciones que la dependencia gubernamental en donde prestan sus servicios hace al sistema federal/estatal de seguro de desempleo.

Fuerzas Armadas

Desde 1957, todos los miembros de las fuerzas armadas de Estados Unidos han tenido cobertura a través del programa de Seguridad Social. Aquellos individuos con 20 o más años de servicio también son elegibles para recibir pensiones por jubilación bajo el sistema de jubilación militar.

El pago de jubilaciones militares no es cotizante, y equivale al 2.5% por cada año de servicio del sueldo final básico de un miembro de las fuerzas armadas. Para aquéllos que hayan entrado a las Fuerzas Armadas con posterioridad al 8 de septiembre de 1980, la fórmula utiliza el promedio de los tres años durante los cuales se hayan recibido los ingresos más altos, y no el sueldo final. A las personas que hayan entrado a las Fuerzas Armadas con posterioridad al 1o. de agosto de 1986, en el momento de la jubilación se les reduce esta prestación básica por cada año abajo de 30 años de servicio. Una pensión no reducida (30 años o más) otorga el 75% del sueldo básico previo a la jubilación, aunque el jubilado puede elegir que se le deduzca esta cantidad con el fin de proporcionar una prestación como sobreviviente a su cónyuge. Esta prestación de sobreviviente es una proporción (hasta el 55%) de la pensión no reducida al momento del fallecimiento del miembro jubilado del servicio militar. Durante 1991, 1.7 millones de miembros jubilados del servicio militar y sus sobrevivientes recibieron US\$22,800 millones en pensiones militares por jubilación.

El Departamento de Defensa proporciona atención médica al personal en servicio activo, jubilados y dependientes. Además de la atención en los hospitales y clínicas sostenidas por el Departamento, los dependientes del personal en servicio activo y los jubilados y sus dependientes son elegibles para un programa llamado CHAMPUS o Programa Médico y de Salud de los Servicios Uniformados para Civiles (Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services). Este programa comparte el costo de los servicios médicos a civiles, cuando no pueden recibir atención en una instalación militar. Tanto este programa (CHAMPUS) como las instalaciones

de atención directa reciben fondos a través del Departamento de Defensa.

Por cuenta del personal militar, el Gobierno Federal aporta al sistema estatal/federal de seguro de desempleo. Los ex-miembros del servicio militar tienen derecho al seguro de desempleo bajo las mismas bases que otros trabajadores en sus estados.

Gobierno Local y Estatal

La mayoría de los empleados gubernamentales locales y estatales tienen cobertura de sistemas de jubilación sostenidos por los estados y localidades. Las disposiciones de estos planes varían de una jurisdicción a otra. Sin embargo, casi todos requieren aportaciones de parte de sus empleados, y casi todos garantizan pensiones por lo menos iguales al importe de dichas aportaciones.

La mayoría de los planes locales y estatales permiten la jubilación por discapacidad o edad, y disponen sobre la jubilación anticipada con pensión reducida. Es costumbre que los empleados en trabajos de alto riesgo, como policías y bomberos, tengan derecho a jubilación con base solamente en la antigüedad, sin importar la edad. Normalmente, los demás trabajadores deben cumplir con requisitos de edad y años de servicio. En 1990 los gobiernos estatales y locales pagaron US\$36,000 millones en pensiones por jubilación a 3.5 millones de personas, y 3.5 millones recibieron pensiones con base en la edad y años de servicio.

Por lo general, las pensiones bajo los sistemas estatales y locales de jubilación se calculan sobre un sueldo promedio de 3 a 5 años, y un multiplicador del 1.5 o 2% por cada año de servicio. El multiplicador es más bajo en planes en donde los trabajadores están cubiertos por la Seguridad Social y las pensiones se integran a los programas de Seguridad Social. Aunque relativamente muy pocos sistemas proporcionan pensiones de sobrevivientes per se, en general

a aquellos empleados que se jubilan se les da la opción de elegir una pensión menor con el fin de acumular para un cónyuge sobreviviente.

Cuando el programa de Seguridad Social se aprobó en 1935, no se incluyó a los empleados gubernamentales locales y estatales. Sin embargo, la legislación aprobada en 1950 y la posterior daban cobertura a estos trabajadores, a opción del patrón y bajo ciertas condiciones. En 1954, 3.4 millones de empleados locales y estatales entraron al sistema de Seguridad Social, cuando la opción de cobertura se amplió a todos los trabajadores (con excepción de policías y bomberos), incluso si ya estaban cubiertos por un plan de pensiones. Para 1989, aproximadamente 10.8 millones de trabajadores locales y estatales estaban cubiertos por el programa, que era más o menos el 72% de todos aquéllos cuyo empleo principal era en ese momento con los gobiernos locales y estatales. La legislación aprobada en 1990 amplió la cobertura de Seguridad Social sobre bases obligatorias, para los empleados gubernamentales locales y estatales que no estaban cubiertos por un plan de jubilación de dichos gobiernos locales y estatales.

Es frecuente que los gobiernos locales y estatales paguen días de permiso por enfermedad con goce de sueldo. También es común que se ofrezcan planes de seguro de grupo de vida y de enfermedad. Por lo general, los empleados gubernamentales están cubiertos por el seguro de desempleo y los programas de indemnización por accidente de los estados.

JUBILACION DE TRABAJADORES DE FERROCARRILES*

En el momento de la Gran Depresión de principios de la década de los 1930, muy pocas personas de edad avanzada en el país estaban cubiertas por algún tipo de plan de jubilación. La situación era mejor para los trabajadores en la industria ferrocarrilera: en 1927 el 80% estaba cubierto por algún tipo de plan privado de pensiones. Sin embargo, estos planes eran inadecuados para satisfacer las demandas producto del deterioro general de las condiciones de

*Adaptado de la Comisión de Jubilaciones de Trabajadores de Ferrocarriles, 1991, Railroad Retirement Board, 1991.

empleo en la década de los 1930. Mientras que el sistema de Seguridad Social se encontraba en etapa de planeación, los trabajadores ferrocarrileros intentaban lograr un Sistema de Jubilación de Trabajadores de Ferrocarriles por separado, que bajo un plan nacional uniforme continuara y ampliara los programas ferrocarrileros existentes. Como resultado, se aprobó legislación en 1934, 1935 y 1937, que establecía un Sistema de Jubilación de Trabajadores de Ferrocarriles separado del programa de Seguridad Social legislado en 1935. Al igual que el programa de Seguridad Social, el programa de Jubilación de Trabajadores de Ferrocarriles otorga pensiones mensuales a los trabajadores retirados y discapacitados y a sus dependientes, y a los sobrevivientes de los trabajadores asegurados.

La cobertura bajo el Sistema de Jubilación de Trabajadores de Ferrocarriles ha disminuido desde que se estableció el programa, en forma paralela al decaimiento de la misma industria ferrocarrilera. En 1939, el sistema cubrió 1.2 millones de empleados, y para 1992 esa cifra era de 270,000. Al final del ejercicio fiscal 1992 existían 854,000 beneficiarios registrados, de los cuales 380,700 eran empleados pensionados y 21,200 eran cónyuges pensionados.

El requisito básico para obtener una pensión anual regular de jubilación de acuerdo con la Ley de Jubilación de Trabajadores de Ferrocarriles es de 120 meses (10 años) de servicio ferrocarrilero acreditable. Para aquellos empleados con menos de 10 años de servicio, los años en la industria ferrocarrilera se cuentan como empleo cubierto de conformidad con el programa de Seguridad Social.

Las pensiones anuales se calculan de acuerdo con una fórmula de dos niveles. En general, el primer nivel se calcula de igual manera que una pensión de Seguridad Social, y se basa en todos los derechos acumulados por servicio ferroviario y en cualesquier otros derechos de Seguridad Social que no sean por dicho servicio que un empleado haya acumulado. Esta porción de primer nivel es equivalente a una pensión de Seguridad Social. El segundo nivel está basado

solamente en derechos acumulados por servicio ferroviario, y puede compararse con las pensiones industriales pagadas por encima de las pensiones de Seguridad Social a trabajadores en otras industrias.

Las personas cubiertas por el Programa de Jubilación de Trabajadores de Ferrocarriles participan en Medicare sobre la misma base que aquéllas cubiertas por la Seguridad Social.

Tipos de Pensiones

Pensiones anuales a empleados.- A la edad de 62 años, los empleados con 10 a 29 años de servicio acreditable son elegibles para recibir pensiones anuales regulares con base en la edad y años de servicio. Las reducciones por jubilación anticipada se aplican a las pensiones anuales otorgadas antes de la edad de 65 años.

Los empleados con 30 o más años de servicio son elegibles para recibir pensiones anuales regulares a la edad de 60 años, con reducciones por jubilación anticipada aplicadas a las pensiones anuales otorgadas antes de los 62 años de edad. Una pensión anual basada en la edad no puede pagarse sino hasta que el empleado deje de trabajar para una empresa ferroviaria.

Las pensiones anuales basadas en discapacidad total son pagaderas a cualquier edad, cuando un empleado quede discapacitado de manera permanente para todo tipo de trabajo regular y tenga por lo menos 10 años de servicio acreditable en una empresa ferroviaria. Las pensiones anuales basadas en discapacidad ocupacional serán pagaderas a la edad de 60 años con un mínimo de 10 años de servicio, o a cualquier edad con un mínimo de 20 años de servicio, cuando el empleado se encuentre discapacitado de manera permanente debido a su ocupación normal en ferrocarriles. También se requiere una conexión vigente con la industria ferrocarrilera para tener derecho a una pensión anual basada en discapacidad ocupacional, y no total. Un empleado que haya

trabajado para una empresa ferroviaria mínimo 12 de los 30 meses inmediatamente anteriores a la jubilación cumple con el requisito actual de conexión. Una pensión anual basada en la discapacidad no podrá pagarse sino hasta que el empleado deje de trabajar, y antes de que comience el pago de la anualidad se requiere un período de espera de 5 meses a partir de que ocurra la discapacidad.

Pensiones duales adquiridas.- Un empleado que antes de 1975 haya tenido derecho tanto a las pensiones de Jubilación de los Trabajadores de Ferrocarriles como a la de Seguridad Social, y que cumpla con ciertos requisitos adquiridos, podrá recibir una cantidad adicional como pensión anual. En general, el empleado debe tener comprobados sus derechos plenos a ambas pensiones al 31 de diciembre de 1974, y debe haber tenido una conexión vigente con la industria ferrocarrilera.

Pensiones anuales complementarias.- Además de estas pensiones anuales regulares, a la edad de 65 años puede pagarse una pensión anual complementaria a aquel empleado que tenga de 25 a 29 años de servicio acreditable (o 60 años de edad con 30 o más de servicio) y una conexión vigente con la industria ferrocarrilera. Ninguna pensión anual regular ni ninguna complementaria serán pagaderas por cualquier mes que un empleado jubilado haya trabajado para una empresa ferroviaria o para un último patrón (que no sea de la industria ferrocarrilera) antes de su jubilación.

Pensiones anuales para cónyuges y sobrevivientes.- Los requisitos de edad para una pensión anual para el cónyuge dependerán de la edad del empleado a su jubilación y de sus años de servicio. Si un empleado jubilado tiene 62 años de edad con 10 a 29 años de servicio, el o la cónyuge de dicho empleado tendrán derecho a una pensión anual a la edad de 62 años. Sin embargo, se aplican reducciones por jubilación anticipada a la pensión anual conyugal cuando el cónyuge se jubile antes de los 65 años.

Si un empleado jubilado tiene 60 años de edad y tiene acreditados 30

años de servicio, su cónyuge es elegible para una pensión anual a la edad de 60 años. Para aquéllos que cumplan con los requisitos 60/30 después del 1.º de julio de 1984, se aplicará una reducción por jubilación anticipada a la pensión anual del cónyuge cuando el empleado se jubile antes de los 62 años.

El cónyuge de un empleado con derecho a recibir una pensión anual por edad y años de servicio podrá recibir una pensión anual conyugal a cualquier edad, cuando se encuentre atendiendo a un hijo de dicho empleado, y dicho hijo sea menor de 16 años o haya sufrido una discapacidad antes de los 22. Una esposa en esta situación recibe una pensión anual conyugal regular y podrá continuar recibiendo pensiones parciales (solamente nivel 2) mientras el hijo se encuentre entre los 16 y los 18 años. Si el esposo de una trabajadora ferrocarrilera atiende a dicho hijo, recibirá una pensión anual igual a la que el sistema de Seguridad Social pagaría en la misma situación. Por lo general esta cantidad es menor al importe de la pensión anual conyugal regular.

Una pensión anual conyugal no puede ser pagada mientras el cónyuge esté trabajando para un ferrocarril. No será pagadera en ningún mes durante el cual la pensión anual del empleado no sea pagadera, ni por ningún mes durante el cual el cónyuge regrese a trabajar.

Una disposición especial de garantía mínima asegura que las familias de trabajadores de ferrocarriles no reciban menos en pensiones mensuales que las que recibirían si sus ingresos hubieran estado cubiertos por el sistema de Seguridad Social. Esta garantía cubre situaciones en las cuales algunos miembros de la familia tendrían derecho a recibir una pensión de Seguridad Social, que no existe según la Ley de Jubilación de Trabajadores de Ferrocarriles. Por ejemplo, el programa de Seguridad Social dispone pensiones para los hijos de trabajadores jubilados, discapacitados o fallecidos. De conformidad con el Programa de Jubilación de Trabajadores de Ferrocarriles, solamente los hijos de trabajadores fallecidos reciben dichas prestaciones. Por consiguiente, cuando un trabajador ferrocarrilero jubilado tiene hijos con derecho a recibir prestaciones bajo el sistema de Seguridad Social, su pensión anual es aumentada para reflejar el nivel de pago del Seguro Social.

Las pensiones anuales de sobrevivientes son pagaderas a viudas y viudos, hijos y a algunos otros dependientes. La elegibilidad para obtener pensiones como sobrevivientes depende de si el empleado estaba "asegurado" de acuerdo con la ley en el momento de su fallecimiento. "Asegurado" significa que el trabajador debe haber prestado un mínimo de 10 años de servicio ferroviario y tener una conexión vigente con la industria. Cuando un empleado fallecido no está asegurado, sus derechos acumulados laborales se transfieren al sistema de Seguridad Social, y la jurisdicción sobre prestaciones a sobrevivientes pasa a la SSA o Administración de Seguridad Social (Social Security Administration). La porción de pensión anual nivel 1 de la anualidad de un viudo o una viuda puede reducirse por recibir cualquier pensión gubernamental federal, estatal o local basada en sus propios ingresos.

Una pensión global por fallecimiento es pagadera a los sobrevivientes de un empleado con 10 años o más de servicio y una conexión vigente con la industria, si al fallecimiento del empleado no existe un sobreviviente inmediatamente elegible para recibir una pensión.

Importe de las Pensiones

Cuando comienza la pensión anual de un empleado, el importe total de las prestaciones de jubilación ferroviaria pagaderas a un empleado y a su cónyuge se limita a una cantidad máxima familiar, que se basa en los dos años en los cuales haya obtenido los ingresos acreditables más altos durante un período previo de diez años. Esta cantidad máxima es aplicable solamente en el momento de la adjudicación inicial, y las prestaciones se incrementan en forma subsecuente de acuerdo con el costo de la vida, ya sea que se aplique o no una limitación máxima. La cantidad máxima aumenta cada año a medida que se incrementan los importes de ingresos acreditables.

Para los trabajadores que después de 1985 tengan primero derecho a una pensión anual por servicio en ferrocarriles y a una pensión gubernamental local,

estatal o federal, la cantidad del nivel 1 se reduce por recibir una pensión pública basada en empleo no cubierto por el sistema de Seguridad Social. Existe una garantía de que la cantidad nivel 1 no podrá reducirse más del 50% del importe de la pensión pública. Disposiciones similares son aplicables a las pensiones anuales a los cónyuges.

Los componentes de las prestaciones duales adquiridas y de nivel 1, así como las pensiones anuales de cónyuges también pueden quedar sujetas a limitaciones basadas en cualesquier ingresos recibidos fuera de la industria ferroviaria, aunque después de que el pensionado llega a la edad de 70 años ya no se hace ninguna reducción. En 1993, los ingresos anuales de hasta US\$10,560 para aquellas personas de 65 a 69 años, y US\$7,680 para aquellas de menos de 65, quedaron exentos de dichas deducciones laborales.

La porción nivel 1 de una pensión anual por discapacidad podrá reducirse, bajo ciertas circunstancias, por recibir indemnización por accidente o prestaciones públicas por discapacidad. Las restricciones laborales también pueden afectar el pago, dependiendo del importe de los ingresos. La pensión anual no se paga por ningún mes durante el cual el pensionado haya devengado más de \$400 por empleo o autoempleo. Los pagos retenidos serán restaurados cuando los ingresos anuales sean menores de US\$5,000.

La porción nivel 1 de las pensiones anuales ferrocarrileras por lo general aumenta de acuerdo con el incremento del costo de la vida, al mismo tiempo y en el mismo porcentaje que las prestaciones del Seguro Social. Las pensiones anuales de nivel 2 normalmente se incrementan en forma anual en un 32.5% del aumento del Índice de Precios al Consumidor. En 1993 el crecimiento de la porción nivel 1 fué del 3% y el de la porción nivel 2 fué del 1%.

Financiamiento y Administración

El propósito del intercambio financiero entre los programas de Jubilación de Trabajadores de Ferrocarriles y de Seguridad Social es colocar los

fondos fiduciarios de Seguridad Social en la misma posición en la que estarían si los empleos ferroviarios estuvieran cubiertos por la Ley de Seguridad Social. Se entiende que todos los cálculos bajo el intercambio financiero se llevan a cabo de acuerdo con la Ley de Seguridad Social.

Si a un pensionado ferroviario jubilado o discapacitado se le otorgan también prestaciones bajo el sistema de Seguridad Social, el importe de su pago nivel 1 se reduce de acuerdo con el importe de la pensión de Seguridad Social. Esta reducción se hace debido a que la porción nivel 1 se basa en derechos acumulados combinados por servicio ferroviario y Seguridad Social, calculados de acuerdo con las fórmulas de Seguridad Social y refleja lo que pagaría la Seguridad Social si el trabajo ferroviario estuviera cubierto por dicho sistema. Esta reducción dual de prestaciones sigue los principios de la Ley de Seguridad Social, bajo la cual el derechohabiente recibe solamente la más alta de las dos pensiones pagaderas.

Las cuotas nivel 1 de la jubilación de trabajadores de ferrocarriles, son coordinadas con las cuotas de Seguridad Social y se aumentan al mismo tiempo. Los patrones y los empleados pagan cuotas nivel 1 a la tasa de Seguridad Social, 7.65% en 1993. Además, tanto los patrones como los empleados pagan cuotas nivel 2 para financiar el segmento de las anualidades referente a pensiones de la industria. En 1993, la tasa de cuota del patrón era de 16.10%, y la del empleado de 4.90%. Los ingresos base para cuotas nivel 1 son iguales a los de la Seguridad Social, US\$57,600 en 1993. Ese mismo año los ingresos base nivel 2 fueron de US\$42,900. (Las aportaciones al programa Medicare se imponen sobre ingresos base de US\$135,000.) Las pensiones nivel 1 se gravan de igual manera que las pensiones de Seguridad Social, y las pensiones nivel 2 se gravan igual que otras pensiones privadas.

El Consejo de Jubilación de Trabajadores de Ferrocarriles es una dependencia independiente en la rama ejecutiva del Gobierno Federal. Es administrado por tres miembros designados por el Presidente, con la recomendación y

consentimiento del Senado. Un miembro es designado por recomendación de las organizaciones laborales ferroviarias; el segundo, por recomendación de los patrones ferroviarios, y el tercero, el encargado de encabezar el Consejo, representa el interés público. La duración del cargo es de cinco años, y los tres cargos vencen en diferentes años.

Seguro de Desempleo y Prestaciones por Enfermedad

Al igual que el sistema de jubilación, el sistema de seguro de desempleo ferroviario se estableció en la década de los 30. La Gran Depresión demostró la necesidad de tener programas de indemnización por desempleo, y los programas estatales se establecieron de conformidad con la Ley de Seguridad Social.

En general, los programas estatales de desempleo cubrían a los trabajadores ferroviarios, sin embargo las operaciones ferroviarias más allá de los límites estatales originaban problemas especiales. Debido a las diferentes leyes estatales, los empleados ferroviarios con empleos similares en el mismo ferrocarril en diferentes estados, cuando perdían su empleo recibían un trato y prestaciones diferentes. Algunas veces, aquellos trabajadores cuyos empleos requerían que cruzaran los límites estatales no eran elegibles para recibir prestaciones en ninguno de los estados en los que trabajaban.

El Comité sobre Seguridad Económica, que había informado al Presidente Roosevelt respecto a los planes de todos los estados en el país relacionados con el seguro de desempleo, recomendó que los trabajadores ferroviarios estuvieran cubiertos por un plan separado debido a las complicaciones que su cobertura había causado a los planes de los estados. Posteriormente, en junio de 1938, el Congreso aprobó la Ley del Seguro de Desempleo Ferroviario. Esta ley establecía un sistema de prestaciones para los trabajadores ferroviarios desempleados. El programa estaba financiado en su totalidad por los patrones y era administrado por el Consejo de Jubilación para Trabajadores de Ferrocarriles.

En 1946, el Congreso amplió el programa de seguro de desempleo ferroviario con el fin de incluir pagos en efectivo por enfermedades temporales y prestaciones especiales por maternidad. Este programa es financiado solamente por las aportaciones de los patrones ferroviarios, con base en los ingresos gravables de sus empleados. En 1993, la base de ingresos gravables eran los primeros US\$810 del sueldo de cada empleado.

La recesión económica de principios de la década de los 1980 provocó despidos a gran escala de empleados ferroviarios, que a su vez, incrementó los pagos de acuerdo con el programa de seguro de desempleo, hasta alcanzar niveles que estaban más allá de lo que la capacidad del sistema podía financiar. A finales del mes de diciembre de 1987, la Cuenta del Seguro Ferroviario de Desempleo y Jubilación tenía un adeudo por US\$745 millones, y solamente podía cumplir con sus obligaciones con la ayuda de préstamos de la Cuenta de Jubilación de Trabajadores de Ferrocarriles. Para balancear esta cuenta, se está aplicando a los empleados ferroviarios una cuota especial de repago del 4% de la base de ingresos gravables, hasta que el préstamo haya sido reembolsado con intereses.

CAPITULO V

PROGRAMAS DE APOYO AL INGRESO

Los programas de apoyo al ingreso están diseñados para otorgar prestaciones a las personas con necesidad económica. Para ser elegibles a los beneficios de estos programas, una persona debe tener ingresos y activos por abajo de cierto nivel, y con frecuencia deben cumplir con otros criterios respecto a elegibilidad.

En el Siglo XIX, la ayuda o caridad en gran parte se veían dentro del contexto de la Ley Inglesa para Indigentes y se proporcionaba de la manera más frugal posible. Este tipo de ayuda, que era proporcionada por las ciudades y los condados, típicamente era más bien en forma de alimentos y/o asilo, y no de ayuda en efectivo.

Durante la década de los 1920, había una aceptación cada vez mayor de la idea de que no podía esperarse que ciertas categorías de indigentes, como los ancianos o los invidentes, se bastaran a sí mismos de igual manera que los jóvenes o las personas fuertes y sanas. Los programas de ayuda directa en efectivo a dichas personas fueron poco a poco ganando adeptos en Estados Unidos, y para 1929 casi la mitad de los estados tenían algún tipo de programa de ayuda en efectivo.

En 1932, el Congreso aprobó la Ley de Construcción y Ayuda de Emergencia. Esta ley asignaba fondos para los proyectos de obras públicas federales y estatales, y para fines de ayuda, puso a disposición de los estados préstamos por US\$300 millones. Estos préstamos nunca fueron reembolsados, y en realidad fueron los primeros subsidios federales para asistencia pública.

A principios de 1933, de 12 a 14 millones de estadounidenses estaban desempleados, y 19 millones, casi el 16% de la población, estaban en las listas de beneficencia pública de los estados. Ese mismo año, se aprobó la Ley Federal de Ayuda de Emergencia, para ayudar a los estados a soportar esta carga. Esta ley autorizó US\$500 millones en subvenciones a los estados para fines de beneficencia pública. Durante los siguientes dos años, el gobierno federal canalizó US\$2,500 millones a las administraciones estatales de beneficencia

pública, que distribuían los fondos a las autoridades gubernamentales locales. Para 1934, se proporcionaba ayuda a la vejez en 28 estados, y a los invidentes en 24.

La Ley de Seguridad Social de 1935 estableció dos programas categóricos de subvenciones federales/estatales:

- **Asistencia a la Vejez y Ayuda a Invidentes.** La ley de 1935 especificaba que el Gobierno Federal pagaría la mitad del costo de las prestaciones estatales a los ancianos e invidentes necesitados, hasta \$15 mensuales por persona. Esta cantidad se incrementaría sobre una base ad hoc a través de los años. En 1950, la elegibilidad se amplió a los discapacitados totales o permanentes. En 1974, los programas de Asistencia a la Vejez, de Ayuda a los Discapacitados Totales y Permanentes y a los Invidentes fueron substituidos por el SSI o Programa de Ingreso Complementario del Régimen de Seguridad Social (Supplemental Security Income Program), administrado por el gobierno federal, en los 50 estados y en el distrito de Columbia, y mas adelante se extendió al Commonwealth de las Islas Marianas Norte. Este programa garantiza una pensión mensual mínima a todos los ancianos, invidentes o discapacitados menesterosos, que cumplan con criterios establecidos de elegibilidad. La mayoría de los estados complementan las pensiones federales.
- **Subsidio a Hijos Dependientes.** Este programa, con modificaciones a través de los años, se ha convertido en el AFDC o Programa de Subsidio a Familias con Hijos Dependientes (Aid to Families with Dependent Children).

En la actualidad, el SSI y el AFDC son los principales programas de ayuda en efectivo para menesterosos. Además, existen varios programas que proporcionan ayuda en efectivo o en especie para necesidades o fines especiales. Varios de ellos ofrecen servicios alimenticios y nutricionales, y el más grande en términos de erogaciones es el Programa de Cupones de Alimentos, que

LIFE 7/1 CIA

proporciona cupones que se utilizan para comprar alimentos. Además, existen varios programas federales y estatales que proporcionan ayuda energética, vivienda pública, así como vivienda subsidiada a individuos y familias de bajos ingresos. También a nivel local o estatal existe ayuda general disponible.

INGRESO COMPLEMENTARIO DEL REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL

En 1972, el Congreso substituyó los programas tanto federal como estatales para personas de la tercera edad, invidentes y discapacitados indigentes con el SSI o Programa Federal de Ingreso Complementario del Régimen de Seguridad Social (Supplemental Security Income Program), en los estados y el Distrito de Columbia. La implantación de este programa unificado terminó con la multiplicidad de requisitos para elegibilidad y niveles de prestaciones que habían caracterizado los programas de asistencia, anteriormente administrados a nivel estatal y local. El programa entró en vigor en el mes de enero de 1974.

Al amparo del programa SSI, los requisitos para elegibilidad se uniformaron, tanto respecto a ingresos como a los recursos necesarios para tener derecho a prestaciones, y también en lo relacionado con los requisitos de definición como edad para elegibilidad y condiciones médicas de discapacidad y ceguera.

También se uniformaron los pagos de pensiones federales al amparo del SSI, de tal manera que a los individuos con derecho a este programa se les garantizaba la misma cantidad mínima, sin importar el lugar donde residieran. Este programa también estableció cantidades uniformes de ingresos que son excluidas al momento de terminar la elegibilidad de un individuo o una pareja.

Elegibilidad

Para que una persona tenga derecho a los pagos SSI deberá ser o ciudadano

estadounidense o un extranjero legalmente admitido como residente permanente, o un extranjero que resida permanentemente en Estados Unidos bajo apariencia de legalidad. El individuo también deberá ser residente de uno de los 50 estados de la Unión Americana, del Distrito de Columbia, las Islas Marianas Norte, o un hijo con ciudadanía estadounidense, que resida en el extranjero con uno de sus padres y que éste sea miembro de las Fuerzas Armadas.

El programa SSI otorga pagos mensuales en efectivo a cualquier persona anciana, invidente o discapacitada cuyos ingresos reales sean menores a US\$4,884 al año, a partir del 1o. de enero de 1991. Para tener derecho como anciano, una persona tiene que tener un mínimo de 65 años de edad.

Los estándares para tener derecho bajo el SSI a pagos basados en discapacidad, son los mismos que se utilizan en el programa de Seguro de Discapacidad en Seguridad Social. Es decir, que se considera que un individuo está discapacitado si él o ella no pueden dedicarse a ninguna actividad lucrativa debido a cualquier deterioro mental o físico, determinado médicamente, que se espere pueda resultar en fallecimiento o que haya durado o pueda durar un período continuo de 12 meses (los invidentes no están obligados a hacer la prueba). Todos aquéllos que hayan recibido asistencia de conformidad con su programa estatal de Ayuda a Discapacitados Totales o Permanentes en diciembre de 1973, y por lo menos un mes antes de julio de 1973, tienen derecho al SSI, siempre y cuando continúen cumpliendo con esa definición de discapacidad. Para un hijo/a menor de 18 años, la discapacidad debe ser de una severidad comparable a la de un adulto, i.e. los impedimentos físicos o mentales limitan la capacidad del menor para desenvolverse independientemente y de acuerdo a su edad de tal forma que dichos impedimentos y las limitaciones que de ellos se deriven puedan compararse con aquellas que incapaciten a un adulto.

Se considera que una persona padece ceguera cuando tiene una agudeza visual

central de 20/200, o menor en el mejor ojo con el uso de lentes correctores, o con una visión túnel de 20 grados o menos. Los beneficiarios invidentes que se transfirieron a las listas SSI pueden continuar cumpliendo los estándares estatales menos estrictos en vigor en octubre de 1972. A dichas personas se les considera invidentes para fines del programa SSI, siempre y cuando continúen cumpliendo con dicha definición estatal.

Importe de las Pensiones

Para el año que inicia el 1o. de enero de 1994, un pago federal SSI mensual máximo de US\$446 será pagadero a individuos elegibles que vivan en sus hogares. Para recibir esta cantidad máxima, por lo general los individuos no deben tener más de US\$20 de ingresos. Las parejas elegibles, en las cuales tanto el esposo como la esposa tengan derecho a SSI debido a edad, discapacidad o ceguera, podrán recibir un pago mensual federal máximo de US\$669. Además, según se trata más adelante, los pagos federales son complementados por todos los estados, con excepción de dos.

Los pagos federales se ajustan automáticamente para reflejar los aumentos estimados por la Seguridad Social respecto al costo de la vida. De conformidad con el programa SSI, los estados no pueden reducir sus pagos complementarios para compensar cualquier aumento en el importe pagado por el gobierno federal. Esto garantiza que los beneficiarios reciban el importe total de los aumentos automáticos. En septiembre de 1993, 5.98 millones de personas estaban recibiendo pagos federales SSI, que promediaban US\$348 mensuales.

El cuadro 7 muestra el número de personas receptoras de pagos federales y suplementos estatales, así como las cantidades totales y mensuales promedio, por fuentes de pago, del trimestre julio-septiembre de 1993.

Tabla 7.- SSI: Número de personas receptoras de pagos federales y suplemento estatal, cantidades totales y cantidades mensuales promedio, por fuente de pago, julio-septiembre 1993.

Fuente de pago	Julio 1993	Agosto 1993	Septiembre 1993
	Número		
Pagos federales o suplementos estatales ¹	5,916,197	5,988,453	5,989,008
Pagos federales.....	3,123,720	3,166,142	3,173,922
Suplementos administrados federalmente.....	360,979	362,290	346,271
Suplementos administrados sólo estatalmente.....	80,887	81,099	81,403
Pago federal y suplemento administrado federalmente.....	2,118,939	2,146,818	2,154,785
Pago federal y suplemento administrado estatalmente.....	231,672	232,104	232,627
Total con-			
pagos federales ²	5,474,331	5,545,064	5,561,334
Suplementos estatales:			
Administrados federalmente ³	2,479,918	2,509,108	2,501,056
Administrados estatalmente ⁴	312,559	313,203	314,030
	Cantidad de pagos (en miles)		
Total.....	\$2,093,410	\$2,173,086	\$2,085,217
Pagos federales.....	1,763,239	1,833,979	1,762,015
Suplementos estatales:			
Administrados federalmente.....	283,084	291,021	274,899
Administrados estatalmente.....	47,087	48,086	48,303
	Cantidad mensual acumulada		
Total.....	\$353.84	\$362.88	\$348.17
Pagos federales.....	322.09	330.74	316.83
Suplementos estatales:			
Administrados federalmente.....	114.15	115.99	109.91
Administrados estatalmente.....	150.65	153.53	153.82

¹Personas con pagos federales y/o suplementos estatales

²Todas las personas con pagos federales SSI, sean receptoras de solo pagos federales o de ambos, un pago federal o un suplemento estatal.

³Todas las personas con suplementos estatales, administrados federalmente, que recibieron solo suplemento estatal o ambos, un pago federal y un suplemento estatal.

⁴Todas las personas con suplementos estatales, administrados estatalmente que recibieron sólo suplementos estatales o ambos, un pago federal y un suplemento estatal.

Factores que Afectan las Pensiones

El pago básico SSI se reduce de acuerdo con el importe de otros ingresos y el apoyo en especie disponible para el beneficiario. Todo beneficiario que viva en casa de otra persona y reciba apoyo y ayuda en ese lugar, recibirá solamente dos terceras partes del pago básico SSI. Los beneficiarios que residan en instituciones públicas o privadas y que la mitad del costo de sus cuidados sea pagada por el programa Medicaid, recibirán un pago SSI máximo de US\$30 mensuales. Sin embargo, en general no son elegibles para recibir SSI los que residan en instituciones públicas no cubiertas por Medicaid. Un individuo podrá ser elegible cuando la institución sea una residencia comunitaria administrada públicamente, con no más de 16 residentes, o si la persona está recibiendo capacitación educativa o vocacional con el fin de prepararla para un empleo lucrativo, y actualmente participa en el programa de capacitación. Además los pagos pueden hacerse a personas que sean residentes de albergues de emergencia pública para indigentes, hasta por 6 meses dentro de cualquier período de 9 meses.

Si una persona fuera elegible para una de las disposiciones de incentivos por trabajo especial de la Ley de Seguridad Social en el mes anterior al mes cumplido de estancia en una institución psiquiátrica o médica que esté de acuerdo en permitir que la persona retenga a sus pagos de prestaciones, deberán efectuarse pagos regulares SSI por el mes completo de institucionalización y por el siguiente.

También deberán hacerse pagos a ciertos beneficiarios del SDI que estén temporalmente institucionalizados por atención médica hasta por los primeros tres meses completos de institucionalización. Un médico deberá certificar que la estancia del beneficiario no exceda los tres meses completos y el beneficiario deberá demostrar que necesita continuar haciéndose cargo de algunos gastos de la casa a la que regresará. La evidencia de ambos debe ser entregada a la SSA antes de cumplirse los 90 días de confinamiento médico o el día en que se de al paciente de alta, lo que suceda antes.

Por lo general, si los beneficiarios tienen otros ingresos, los pagos SSI se reducen. Sin embargo, no se consideran los primeros US\$20 mensuales de la mayor parte de los ingresos no devengados. (Si la exclusión de US\$20 no es agotada por ingresos no devengados, el importe restante de la exclusión se aplica a los ingresos devengados, si los hubiere.) Cualquier ingreso adicional no devengado recibido por los beneficiarios durante el mes, que la mayoría de las veces es una pensión del Seguro Social, reduce los pagos SSI dólar por dólar. Bajo el SSI, se requiere que los beneficiarios soliciten cualesquieras otras prestaciones a las que tengan derecho, como Seguridad Social, seguro de desempleo, o indemnizaciones.

Con el fin de estimular a los beneficiarios SSI a que trabajen, los ingresos devengados reciben un trato diferente. Además de la exclusión inicial de \$20 mensuales, también se excluye de los ingresos reales la cantidad de US\$65 de ingresos devengados. A partir de dicha cantidad, los pagos SSI se reducen US\$1 por cada US\$2 devengados. Sin embargo, ciertas cantidades de ingresos de los estudiantes, la cantidad pagada por beneficiarios invidentes por gastos relacionados con el trabajo, y la cantidad pagada por beneficiarios incapacitados para gastos relacionados con su incapacidad necesarios para trabajar, están excluidos de los ingresos cuando se determina el ingreso contable.

Sin embargo, ciertas cantidades de ingresos de los estudiantes, la cantidad pagada por receptores invidentes para gastos relacionados con el trabajo, y la cantidad pagada por receptores incapacitados para gastos relacionados con su incapacidad, necesarios para trabajar, son excluidos de los ingresos cuando se determina el ingreso contable.

Cuando se determina el importe de los pagos se excluyen los ingresos provenientes de otras fuentes, y éstas incluyen algunos ingresos provenientes de becas y otros para estudiantes, gastos de trabajo de personas invidentes, gastos de trabajo relacionados con la discapacidad de personas minusválidas, pagos para dar cuidados a algún menor que no sea elegible y el Crédito Fiscal por Ingresos Devengados (Earned Income Tax Credit). También se excluyen los

ingresos necesarios para un plan aprobado de automantenimiento para beneficiarios invidentes y discapacitados. No se toman en cuenta los ingresos irregulares o poco frecuentes, siempre y cuando no excedan la cantidad de \$20 mensuales en el caso de los no devengados, o US\$10 mensuales si son devengados.

La Ley de Oportunidades de Empleo para Estadounidenses Discapacitados de 1986 (Employment Opportunities for Disabled Americans Act) proporciona incentivos laborales adicionales, como prestaciones especiales SSI y cobertura Medicaid, a individuos invidentes y discapacitados con derecho a pagos SSI y que trabajen a pesar de severos impedimentos. Esta legislación le dio carácter permanente y mejoró la Sección 1619 de la Ley de Seguridad Social, que en 1980 fue aprobada como un proyecto de demostración temporal.

De conformidad con la Sección 1619, un beneficiario discapacitado que pierda su elegibilidad federal SSI por recibir ingresos por encima del nivel de actividad lucrativa, puede continuar recibiendo una pensión especial y conservar sus derechos a Medicaid, de acuerdo con el Capítulo XIX de la Ley de Seguridad Social. Esta situación de pensión especial puede continuar todo el tiempo que el beneficiario padezca el impedimento discapacitante, y hasta que sus ingresos excedan el importe que reduciría a cero la pensión en efectivo. Los estados tienen la opción de complementar esta pensión especial.

Además, los beneficiarios ciegos o discapacitados que ya no sean elegibles para pagos SSI regulares o especiales debido a sus ingresos, podrán conservar su elegibilidad a Medicaid bajo las siguientes condiciones: (1) continúen con el impedimento discapacitante; (2) cumplan con todos los criterios de elegibilidad de no discapacidad, excepto en lo que respecta a ingresos devengados; (3) se vieran seriamente inhibidos de tener un empleo continuo sin los servicios Medicaid; y (4) sus ingresos sean insuficientes para proporcionar un equivalente razonable de pagos SSI y Medicaid.

Se limita la cantidad de activos que puede poseer una persona y ser elegible

para SSI. En la mayoría de los casos, los límites son de US\$2,000 para un individuo, y US\$3,000 para una pareja. Sin embargo, existen ciertos recursos que se excluyen del total. El más importante de éstos es una casa habitación ocupada por el beneficiario. También están excluidos los bienes personales y enseres domésticos con un valor patrimonial de hasta US\$2,000.

Un automóvil puede ser excluido, sin importar su valor, si el individuo o un miembro de la familia del individuo lo utilizan para trasladarse a su empleo o tratamiento médico, si es modificado para ser manejado o utilizado para el transporte de una persona minusválida, o si se necesita para las actividades diarias esenciales. Si no es posible excluir un automóvil con base en la naturaleza de su uso, se podrá excluir hasta por un valor actual de mercado de US\$4,500.

Las pólizas de seguro de vida de un beneficiario no se incluyen cuando los valores nominales no exceden de US\$1,500 por persona asegurada. En ciertos casos los bienes raíces podrán excluirse durante todo el tiempo que se considere que no han tenido éxito los esfuerzos del propietario por venderlos.

Las exclusiones especiales son aplicables a los recursos necesarios para un plan aprobado de automantenimiento para beneficiarios invidentes o discapacitados, y para las propiedades esenciales para su automantenimiento. Se excluye el valor de lotes en cementerios para el beneficiario, su cónyuge y un miembro de la familia inmediata. También existe una disposición que excluye los fondos destinados a servicios funerarios, mayores de US\$1,500 por cada beneficiario o cónyuge.

Complementación Estatal

La legislación SSI (Programa de Ingreso Complementario del Régimen de Seguridad Social) dispuso que cualquier persona que recibiera ayuda bajo los

programas anteriores de asistencia estatal antes del 1o. de enero de 1974 (fecha en que entró en vigor el SSI) no podría recibir prestaciones menores bajo el nuevo programa. A aquellos estados cuyos niveles previos de asistencia eran más altos que el pago federal SSI, se les exigió que complementaran el pago federal con el fin de mantener dicho nivel de asistencia. Además, los estados tienen la opción de complementar los pagos de sus beneficiarios SSI, ya sea que inicialmente se les otorgaran bajo el SSI, o hubieran sido transferidos de programas anteriores de asistencia estatal.

Un estado puede administrar sus pagos complementarios u optar que sean administrados por el Gobierno Federal. Cuando un estado opta por la administración federal, la SSA o Social Security Administration lleva los registros de pago de dicho estado y hace el pago federal y el complemento estatal en un solo cheque. Los estados pagan una cuota por la administración federal. Sin embargo, si un estado escoge administrar sus propios pagos, entonces procesa solicitudes y hace determinaciones de elegibilidad por separado del gobierno federal. A partir de enero de 1991, aproximadamente la mitad de los estados administraban sus propios pagos complementarios.

A los estados se les permite una gran discreción en sus niveles de complementación opcional. Los estados que eligen la administración federal de sus programas complementarios pueden variar el importe del complemento por razones de elegibilidad (vejez, ceguera o discapacidad) y por estado civil (individual o pareja). Pueden diferenciar entre diversos modos de vida (vivir solo, con parientes o en una institución de atención domiciliaria), aunque solamente cinco de dichos modos de vida pueden ser reconocidos en un estado. Los estados también pueden diferenciar entre regiones geográficas, aunque no más de tres pueden ser reconocidas en un estado, y los que administran sus propios programas complementarios tienen mayor discreción sobre sus criterios de complementación.

En septiembre de 1993, 2.8 millones de personas recibían comple-

mentos estatales por un promedio de US\$109. De los dos 2.8 millones de beneficiarios, casi 2.5 millones recibían complementos administrados federalmente, y 314,030 recibían complementos administrados por los estados, los cuales promediaron US\$153 por mes.

Administración

Los pagos federales SSI son financiados de los ingresos generales del gobierno federal. Los pagos totales por el año de 1993 fueron de US\$23,600 millones, de los cuales US\$20,300 millones fueron para pagos de pensiones federales SSI. Los complementos estatales administrados por el gobierno federal alcanzaron un total de US\$3,300 millones y los administrados por los estados fueron de US\$550 millones.

Las solicitudes de pagos SSI se toman de las oficinas distritales de la Administración de Seguridad Social, donde se examina la documentación de apoyo, y el personal de estas oficinas determina si el solicitante cumple con los criterios del programa respecto a edad, ingresos y activos. Cuando está involucrada una discapacidad o ceguera, las determinaciones médicas de elegibilidad son hechas por las agencias estatales que determinan las discapacidades. Las oficinas distritales de la Administración de Seguridad Social también pueden hacer pagos de emergencia de hasta US\$446 a un individuo elegible, y hasta por US\$669 a una pareja, (más el pago complementario estatal administrado por el gobierno federal, si lo hubiere) cuando son evidentes severas dificultades financieras. El cálculo de los importes de las pensiones se hace a través de las operaciones centrales de computación de la Administración de Seguridad Social, y posteriormente se hace la certificación al Departamento del Tesoro para la expedición de los pagos mensuales.

SUBSIDIO A FAMILIAS CON HIJOS DEPENDIENTES

La Ley de Seguridad Social de 1935 incluía una disposición que autorizaba

subvenciones iguales a los estados para dar ayuda financiera a hijos dependientes. Los 50 estados, el Distrito de Columbia, la Islas Vírgenes, Guam y Puerto Rico operan ahora un programa que se conoce como AFDC o Subsidio a Familias con Hijos Dependientes (Aid to Families with Dependent Children). El programa ayuda a los hijos de familias en donde la necesidad surge debido a una discapacidad, fallecimiento, ausencia continua o desempleo de uno de los padres.

Principios Básicos del Programa

El programa AFDC autoriza subvenciones federales proporcionales para ayudar a los estados a proporcionar dinero en efectivo y ciertos servicios de otro tipo a familias necesitadas con hijos dependientes. El programa es financiado con fondos estatales y federales. Mediante subvenciones a los estados, el gobierno federal proporciona una cantidad igual a los gastos estatales por pagos de asistencia, a una tasa que varía de un estado a otro. La porción federal de los pagos AFDC se determina de una forma que otorga un porcentaje más alto en subvenciones federales proporcionales a estados con ingresos per capita más bajos, y un porcentaje más bajo a estados con ingresos más altos. El gobierno federal también paga un porcentaje de los costos relacionados con la administración del programa y la capacitación y costos para adquirir e implantar sistemas de información administrativa en todo el estado. La administración federal es responsabilidad de la Administración para Hijos y Familias, del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para tener derecho a estas subvenciones, los estados deben cumplir con los lineamientos federales estipulados en el Capítulo IV, Parte A de la Ley de Seguridad Social.

Además, el estado debe participar financieramente en su programa AFDC, con base en la fórmula de subvención para la porción de dicho estado, y deberá presentar a la aprobación del gobierno federal un plan para administrar el programa. Los estados no podrán excluir del programa a individuos elegibles con base en los requisitos de ciudadanía o residencia. Dentro de estos amplios lineamientos, los estados determinarán los requisitos de elegibilidad y el

importe de la ayuda. Las opciones respecto a estos asuntos varían mucho de un estado a otro.

El factor con la variabilidad más grande es el estándar de necesidad, o sea la cantidad en dólares que un estado determina como esencial para que una familia de dimensiones especificadas pueda tener un nivel de vida estándar en dicho estado. Por ejemplo, el 1o. de enero de 1993, la necesidad estándar mensual para una familia de tres era de US\$577 en Nueva York, US\$368 en Mississippi, y US\$421 en Colorado.

Al calcular su necesidad estándar, un estado debe considerar asignaciones para alimentos, ropa, vivienda, servicios y otras necesidades. La necesidad de una familia es teóricamente igual a la diferencia entre el estándar de necesidad determinado para una familia de ciertas dimensiones y los ingresos y recursos reales disponibles para esa misma familia. Sin embargo, no se exige que los estados proporcionen la cantidad total de esta diferencia. Los estados tienen topes estatutarios y administrativos sobre la cantidad que puede pagarse, que pueden resultar en pagos asistenciales por abajo de los estándares de necesidad. Los estados ajustan en forma periódica los estándares de necesidad y los pagos, con base en sus capacidades fiscales. La Ley de Apoyo a la Familia de 1938 requiere que cada estado evalúe sus propios estándares de necesidad y pagos por lo menos una vez cada tres años.

Durante el ejercicio fiscal de 1992, los pagos mensuales promedio por familia fueron desde la cantidad más baja de US\$121.58 en Mississippi, hasta la más alta de US\$743.22 en Alaska. Los pagos mensuales promedio por beneficiario estuvieron dentro de un rango de US\$41.69 en Mississippi hasta US\$251.65 en Alaska. En todo el país, la pensión promedio por familia fue de US\$383.49 y por beneficiario, US\$134.21.

Por lo general los pagos se hacen directamente a los beneficiarios AFDC. Sin embargo, en el caso de las personas que están física o mentalmente incapacitadas para administrar sus propios fondos, los pagos que les corresponden

podrán hacerse por su cuenta a sus representantes beneficiarios. En algunos estados, a petición del beneficiario, los pagos para renta y servicios pueden hacerse directamente al arrendador o a la compañía de servicios públicos.

Elegibilidad

Durante el año fiscal de 1990, 4 millones de familias, compuestas por 11.5 millones de beneficiarios, recibieron US\$18,000 millones en pagos AFDC en los 50 estados, el Distrito de Columbia, Guam, Puerto Rico y las Islas Vírgenes.

Los requisitos de elegibilidad para los pagos AFDC son establecidos por las jurisdicciones, con base en las disposiciones de la Ley de Seguridad Social. En todas las jurisdicciones, los menores que reciban la ayuda deberán ser menesterosos y carecer de apoyo o cuidados de parte de sus padres debido a fallecimiento, ausencia continua del hogar, incapacidad mental o física de uno de ellos, o desempleo del progenitor que sea el principal soporte de la familia. Los menores deberán vivir en el hogar de uno de los padres u otro pariente.

Para tener derecho al programa AFDC, las personas deben ser ciudadanos de Estados Unidos o extranjeros legalmente admitidos como residentes permanentes en dicho país. Por lo general, los extranjeros que sean refugiados, que hayan entrado al país condicionados, se encuentren en libertad condicional, o asilados, podrán ser elegibles para el programa AFDC. Sin embargo, los extranjeros patrocinados por individuos privados por lo general no tienen derecho sino hasta después de tres años de haber entrado a Estados Unidos, porque se considera que cuentan con los ingresos y recursos de sus patrocinadores privados. Los extranjeros patrocinados por dependencias públicas o privadas tampoco tendrán derecho durante un período de tres años, excepto que la dependencia u organización deje de existir o no pueda satisfacer las necesidades del extranjero.

Cuando un padrastro o madrastra vivan con una familia AFDC en un estado que carezca de una ley de aplicabilidad general, por ejemplo, una ley que estipule que el padrastro o madrastra son legalmente responsables de igual manera que un padre natural o adoptivo, las leyes federales exigen que se utilice una fórmula especificada para calcular los ingresos del padrastro o madrastra disponibles para la familia AFDC. En los estados con leyes de aplicabilidad general, las mismas leyes o reglamentaciones AFDC que se aplican a los padres naturales o adoptivos, se aplican al padrastro o madrastra.

Deberán considerarse la necesidad, así como los ingresos y recursos de padres y hermanos (con excepción de los beneficiarios de Ingresos Complementarios o aquéllos que reciban cuidados de padres adoptivos) que vivan en la misma unidad de asistencia que el menor dependiente. Una "unidad de asistencia" incluye a aquellas personas dentro de una familia, cuya necesidad e ingresos se toman en consideración al determinar el importe de la ayuda. Los ingresos de los padres o guardianes legales de un padre menor también deberán tomarse en cuenta, si todas las partes viven en el mismo recinto familiar. Respecto a elegibilidad también pueden imponerse otras condiciones financieras a los beneficiarios, y éstas varían de un estado a otro. Por ejemplo, algunos estados imponen gravámenes a los bienes inmuebles de los beneficiarios.

La elegibilidad se limita a familias cuyos ingresos totales, después de las desestimaciones aplicables, sean o estén por abajo del 185% del estándar estatal de necesidad. Con objeto de estimular a los beneficiarios para que sean autosuficientes, al determinar la necesidad e importe del pago AFDC, las leyes federales disponen la desestimación de algunos ingresos devengados. Los primeros US\$90 de los ingresos mensuales devengados provenientes de un empleo parcial o total se consideran como una deducción de gastos laborales, tanto para los solicitantes como para los beneficiarios. Además, no se consideran US\$30 adicionales al mes, durante 12 meses, y durante los primeros cuatro meses consecutivos de ingresos, no se considera una tercera parte adicional de los ingresos devengados. Finalmente, se deduce el costo

mensual real de los cuidados a menores por cada uno de ellos, hasta de US\$175 por niños más grandes, y hasta US\$200 por los menores de 2 años. Los ingresos devengados son el importe de las entradas brutas, y no el sueldo real que se lleva a casa. Todos los demás ingresos son tomados en consideración cuando se determina el pago AFDC.

Cuando se determina su elegibilidad, se toman en consideración los activos que poseen tanto los solicitantes AFDC como los beneficiarios. Los estados deben fijar un límite de US\$1,000 o menos al valor patrimonial de los recursos que puede poseer una unidad de asistencia. Las excepciones al límite de recursos incluyen el valor de una casa ocupada por la unidad de asistencia y que sea de su propiedad, el valor considerado de un automóvil de hasta US\$1,500, un lote funerario o póliza de seguro funerario por igual valor y, a opción del estado, el valor de artículos básicos esenciales como ropa y muebles de valor limitado.

A partir del 1o. de octubre de 1990 se les exigió a los estados establecer y poner en vigor un Programa de Capacitación sobre Oportunidades de Empleo y Habilidades Básicas o JOBS (Job Opportunities and Basic Skills), que substituyó al Programa de Incentivos al Trabajo o WIN (Work Incentive Program).

Cuando una familia reciba pagos AFDC debido a la ausencia continua de uno de los padres, la dependencia encargada del bienestar y la seguridad social deberán notificar a la entidad local encargada de pensiones para manutención de menores. Como un requisito de elegibilidad para tener derecho al AFDC, el padre encargado de la custodia o pariente encargado de la atención al menor deberán ceder al estado todos los derechos respecto a los pagos para manutención de menores, excepto sobre los primeros US\$50 que reciba mensualmente cada familia.

Administración y Financiamiento

El costo del programa AFDC es compartido por el gobierno federal, estatal y local. Desde 1958, las fórmulas de participación de estos costos han sido ideadas para proporcionar cuotas federales proporcionales más altas a los estados que cuenten con recursos más limitados. La fórmula está hecha para variar, en relación con el ingreso per cápita anual de un estado, el porcentaje de participación federal en la porción del pago que esté por arriba de una cantidad especificada. Un porcentaje máximo variable, entre los programas estatales, limita el importe de los pagos a ser compartidos y la proporción de la participación federal. Los estados pueden hacer pagos más altos utilizando dinero estatal y/o local.

De acuerdo con la fórmula regular proporcional para el programa AFDC, la participación federal será de 5/6 partes de los primeros US\$18, con un máximo de US\$32 por beneficiario sujeto a participación federal. La proporción aplicada a la cantidad promedio por arriba de los primeros US\$18 varía del 50% al 65%, dependiendo de la capacidad fiscal del estado de acuerdo con sus ingresos anuales per cápita. La misma fórmula se aplica a algunos menores que reciben atención de padres adoptivos, pero el pago máximo es de US\$100 mensuales por cada menor.

Si produce más fondos federales que la fórmula regular, los estados con un plan Medicaid aprobado podrán aplicar la fórmula Medicaid sobre una base unificada, tanto para sus reembolsos AFDC como para los de Medicaid. Esto asegura la proporción federal, que otra vez varía de acuerdo con los ingresos per cápita en el estado, del 50 al 83% de la cantidad total erogada por pagos en efectivo y asistencia médica a los beneficiarios. En 1990, todos los estados utilizaban esta fórmula más generosa para calcular los reembolsos, en lugar de la fórmula regular proporcional.

En general, una gran parte de los costos del servicio y otros gastos administrativos incurridos en los programas de asistencia pública son

compartidos en partes iguales por el gobierno federal y los estados. Sin embargo, la participación federal puede aumentarse al 75% del costo de ciertas actividades preventivas de fraude, y al 90% del costo de la implantación de un sistema aprobado de información administrativa en todo el estado.

De acuerdo con el programa JOBS, el 90% de los costos aprobados del programa pueden ser igualados hasta el importe de los gastos del estado, de acuerdo con su asignación para el Programa de Incentivo al Trabajo o WIN (Work Incentive Program) durante el año fiscal de 1987. En cantidades adicionales, para la participación federal se utiliza la tasa proporcional Medicaid, con una proporción federal mínima del 60%, para costos no administrativos y de personal de tiempo completo en el programa JOBS. Se ha autorizado una tasa proporcional del 50% para otros costos administrativos, transporte y servicios.

La participación federal en el programa AFDC es manejada por la Administración para Menores y Familias (Administration for Children and Families) bajo el Departamento de Salud y Servicios Humanos. La dependencia revisa y aprueba los planes y subvenciones estatales, proporciona ayuda técnica, evalúa las operaciones de los estados, fija estándares y recopila y analiza estadísticas relacionadas con el programa.

Cada estado tiene una dependencia que administra los programas de asistencia pública. Algunos estados administran el programa directamente, y otros operan a través de autoridades locales o del condado, supervisadas por la dependencia estatal. Todos los programas con ayuda federal deben ser administrados por personal seleccionado a través de un sistema de méritos.

CUPONES DE ALIMENTOS

Iniciado como un proyecto piloto en 1961, el programa de Cupones de

Alimentos se instituyó formalmente mediante la Ley de Cupones de Alimentos de 1964, con la participación de 22 estados. De conformidad con este programa, las personas e individuos solteros que vivan en familias que cumplan con los estándares nacionales respecto a ingresos y activos podrán recibir cupones, que podrán ser cambiados por alimentos en la mayoría de las tiendas que vendan productos alimenticios al menudeo. El valor de los cupones que una unidad podrá recibir mensualmente se determina de acuerdo con las dimensiones de la familia y sus ingresos. Una familia sin ingresos recibe una cantidad igual al costo mensual determinado del TFP o Plan de Alimentos Económicos (Thrifty Food Plan), que es una dieta nutricionalmente adecuada para las dimensiones de dicha familia. Esta cantidad se actualiza de acuerdo con los aumentos en el precio de los alimentos. A partir del mes de octubre de 1993, una familia elegible de cuatro personas, sin ingresos, recibe US\$375 mensuales en cupones para alimentos. Una familia con ingresos recibe cupones para alimentos calculados de acuerdo con la diferencia entre el costo determinado del TFP, una dieta nutricionalmente adecuada, y el 30% de sus ingresos, después de hacer algunas deducciones permitidas.

Para tener derecho al programa, una familia debe tener (1) menos de US\$2,000 en activos disponibles (US\$3,000 en activos si un miembro tiene 60 años o más y la familia se compone de por lo menos dos personas), (2) ingresos brutos por abajo del 130% de los lineamientos sobre ingresos insuficientes para las dimensiones de la familia, y (3) ingresos netos (después de restar las cinco deducciones que se enumeran más adelante) de menos del 100% de los lineamientos sobre ingresos insuficientes. Las familias que incluyan una persona de 60 años de edad o mayor, o una persona discapacitada, que reciban Ingresos Complementarios o SSI, Seguro Social (OASDI o Seguro de Vejez, Sobrevivientes y Discapacidad), o prestaciones por veteranos discapacitados, podrán tener ingresos brutos que excedan el 130% de los lineamientos de pobreza, siempre y cuando después de restar las deducciones que se enumeran más adelante, los ingresos sean menores al 100% de los lineamientos sobre ingresos insuficientes. Las familias de una y dos personas que cumplan con el estándar aplicable

recibirán una cantidad mínima de US\$10 en cupones para alimentos. Las familias en donde todos sus miembros reciben ayuda AFDC (Subsidio a Familias con Hijos Dependientes) o SSI (Ingreso Complementario), son categóricamente elegibles para recibir cupones de alimentos, sin tener que cumplir con estos criterios de ingresos o recursos.

A las familias se les reconoce el derecho a recibir cupones de alimentos durante períodos que varían, dependiendo de sus fuentes de ingresos y circunstancias individuales. Se requiere una recertificación de sus derechos por lo menos una vez al año. Las familias cuyos únicos ingresos provengan de pagos SSI o pensiones OASDI se les reconocen sus derechos por un período de un año. Las familias deben informar sobre sus ingresos mensuales o cambios de gastos de US\$25 o más, u otros cambios en circunstancias que afecten su elegibilidad. Las familias con pérdidas de ingresos o alimentos que sean el resultado de desastres naturales como tornados o inundaciones, tendrán derecho a recibir cupones de alimentos hasta por un mes, si cumplen con los límites especiales de activos e ingresos en casos de desastre.

Existen disposiciones especiales que permiten que los desamparados, drogadictos, alcohólicos o residentes ciegos o discapacitados que vivan en grupos, los residentes de albergues para cónyuges y menores maltratados, y personas de 60 años de edad o mayores, utilicen sus cupones para obtener comidas preparadas en una instalación no lucrativa. Se puede certificar el derecho de familias cuyos miembros tengan 65 años de edad o más, o sean minusválidos físicos o mentales, mediante entrevistas telefónicas o visitas domiciliarias.

El Programa de Cupones de Alimentos está en vigor en los 50 estados, el Distrito de Columbia, Guam y las Islas Vírgenes. (Desde el mes de julio de 1982, Puerto Rico recibe una subvención global para ayuda nutricional, en lugar de participar en el programa.) El Programa de Cupones de Alimentos es administrado nacionalmente por el Servicio de Alimentos y Nutrición del Departamento de Agricultura, y opera a través de oficinas locales de asistencia

social y los sistemas bancarios y de comercialización de alimentos del país.

Se calcula que durante el ejercicio fiscal 1992 cerca de 25.4 millones de personas al mes participaron en el programa de Cupones de Alimentos. El valor promedio mensual de los cupones por persona fue de aproximadamente US\$69, y el valor total de los cupones emitidos durante el año fue de US\$20,900 millones.

PROGRAMA COMPLEMENTARIO DE DESPENSA PARA MUJERES, INFANTES Y NIÑOS

El WIC o Programa Complementario de Despensa para Mujeres, Infantes y Niños (Supplemental Food Program for Women, Infants and Children) es un programa federal de nutrición y asistencia médica ideado para ayudar a mujeres embarazadas y después del parto, a infantes y a niños hasta de cinco años de edad, que hayan sido identificados por profesionales de la salud como personas en riesgo nutricional. Por lo general, los participantes reciben cupones que pueden ser cambiados por alimentos nutritivos complementarios en las tiendas minoristas que participan en el programa (mismos que tuvieron un valor de aproximadamente US\$30.17 por persona al mes durante el ejercicio fiscal 1992), y también reciben educación nutricional y tienen acceso a servicios de salud.

Los solicitantes deben ser residentes de los estados en donde reciben esta prestación. Los principales criterios de elegibilidad se dividen en tres áreas:

(1) categoría, (2) ingresos y (3) riesgo nutricional. Se les exige lo siguiente:

(1) La persona debe ser una mujer embarazada, o que esté amamantando, o que se encuentre en el período postparto; el infante debe ser menor de un año o un niño menor de 5 años.

(2) Los ingresos familiares deben ser abajo del 185% de los lineamientos sobre

ingresos insuficientes, aunque los estados pueden fijar estándares más bajos cuando éstos sean consistentes con los de los programas de salud locales o estatales. En ningún momento podrán los criterios sobre ingresos estar abajo del 100% de los lineamientos sobre ingresos insuficientes. Actualmente, dos estados han fijado criterios de elegibilidad respecto a ingresos abajo del 185% de los lineamientos sobre ingresos insuficientes.

- (3) La persona debe padecer un trastorno médico, nutricional y dietético, diagnosticado por un profesional de la salud. Los riesgos incluyen anemia, peso bajo, historia de malos resultados de embarazos, o un patrón dietético inadecuado.

El programa WIC es administrado a nivel federal por el Servicio de Alimentación y Nutrición del Departamento de Agricultura. Se otorgan subvenciones a los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, Guam y las Islas Vírgenes, así como a 32 organizaciones tribales indias. Para tener derecho a recibir fondos bajo este programa, las dependencias de asistencia social o las de salud privadas no lucrativas, locales o públicas, hacen su solicitud al estado. Los participantes individuales hacen su solicitud en una de las clínicas locales aprobadas que proporcionan servicios WIC, y que son aproximadamente 7,600.

El programa WIC funciona bajo la autoridad de la Ley de Reautorización WIC y Nutrición de Niños de 1989 (Child Nutrition and WIC Reauthorization Act) (Derecho Público 101-147). Los costos del programa federal durante el ejercicio fiscal 1992 fueron de US\$2,600 millones, de los cuales el 75% se utilizó como fondos de pensiones. La participación promedio mensual fue de 5.4 millones de personas, de las cuales 1.226,000 fueron mujeres, 1.684,000 infantes y 2,068,000 niños. La suma presupuestada para el ejercicio fiscal 1993 fue de US\$2,494 millones. Más del 40% de los infantes nacidos en Estados Unidos participan en este programa.

ALMUERZOS ESCOLARES

El programa nacional de almuerzos escolares está diseñado para ayudar a preservar la salud y bienestar de los niños del país, ayudando a los estados a proporcionar un suministro adecuado de alimentos a todos los niños, a un costo moderado, y para promover el consumo interno de productos básicos agrícolas nutritivos. Todos los alumnos que consumen almuerzos preparados en las escuelas participantes pagan una cantidad menor al costo total de estos alimentos. Todos los niños en escuelas públicas o privadas no lucrativas o los que residen en instituciones de atención a menores y que las autoridades escolares locales determinen que no pueden pagar el precio total establecido para los almuerzos, reciben sus alimentos gratis o a un costo reducido.

A partir del mes de agosto de 1981, los menores tenían derecho a almuerzos escolares gratis cuando los ingresos brutos familiares estaban abajo del 130% de los lineamientos sobre ingresos insuficientes, y a almuerzos a precio reducido si los ingresos brutos familiares estaban abajo del 130-185% de dichos lineamientos.

El programa nacional de almuerzos escolares es administrado por el Servicio de Alimentos y Nutrición del Departamento de Agricultura de Estados Unidos o USDA (U.S. Department of Agriculture), a través de dependencias educativas estatales o de servicios regionales de nutrición USDA para algunas escuelas privadas no lucrativas. Todas las escuelas participantes reciben ayuda en efectivo.

SUBSIDIO PARA CONSUMO DE ENERGETICOS A FAMILIAS DE BAJOS INGRESOS

El LIHEAP, o Programa de Subsidio para Consumo de Energéticos a Familias de Bajos Ingresos (Low-Income Home Energy Assistance Program) otorga subvenciones globales a los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, áreas insulares y organizaciones tribales indias, con el fin de ayudar

a familias elegibles a sufragar los costos de energéticos en el hogar. El programa se estableció de conformidad con el Capítulo XXVI de la Ley Global de Conciliación de 1981, y ha estado en vigor desde el ejercicio fiscal 1982. El LIHEAP es administrado a nivel federal por el DHHS o Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services), que ha administrado programas de subsidios para energéticos desde el ejercicio fiscal 1980.

Los programas de subsidios para energéticos durante los ejercicios fiscales de 1977 a 1979 eran administrados por la Administración de Servicios a la Comunidad. Estos programas anteriores se enfocaban en dar ayuda en tiempos de crisis a familias que se enfrentaban a privaciones inmediatas. Los fondos anuales para estos programas ascendían a aproximadamente US\$200 millones.

Durante el ejercicio fiscal 1993, el Congreso asignó un total de US\$1,346 millones en subsidios para consumo de energéticos a familias de bajos ingresos. Durante el ejercicio fiscal de 1992 la cantidad asignada fue de US\$1,500 millones.

En seguida se muestra el número estimado de familias que recibieron subsidios para energéticos durante el ejercicio fiscal 1992, de acuerdo con tipo de subsidio.

[En miles]

Calefacción.....	5,906
Aire acondicionado.....	384
Intervención durante crisis energética:	
Invierno.....	950
Verano.....	26
Protección de bajo costo contra la intemperie/relacionadas con energéticos....	106

Las familias elegibles pueden recibir fondos para costos de calefacción y aire acondicionado, y para emergencias relacionadas con el clima y escasez de suministro de energéticos. Los estados deben presentar una solicitud que consiste en garantías de parte de su director, así como un plan que describa la forma como el estado cumplirá dichas garantías.

La unidad con elegibilidad para subsidio energético es la familia, definida como cualquier individuo o grupo de individuos que habiten conformando una unidad económica, para quien o quienes se adquieran habitualmente energéticos para consumo residencial, ya sea de manera común, directamente o mediante el pago de una renta. La ley limita los pagos a las familias con ingresos por abajo del 150% de los lineamientos de ingresos insuficientes, o el 60% de los ingresos medios del estado, lo que sea mayor, o aquellas familias que reciban Subsidios a Familias con Hijos Dependientes, Ingresos Complementarios, cupones para alimentos, o pensiones a veteranos según pruebas de recursos. También se permite que los estados fijen criterios más restrictivos. A partir del ejercicio fiscal 1986, a los beneficiarios se les prohíbe establecer niveles de elegibilidad por ingresos menores al 110% del nivel de pobreza.

Los estados hacen los pagos directamente a las familias elegibles, o a los proveedores que suministran energéticos para el hogar por cuenta de las familias elegibles. Los pagos pueden hacerse en efectivo, en combustible, o mediante facturas de servicios públicos previamente pagadas, o en forma de cupones o vales que pueden intercambiarse por energéticos.

SUBSIDIOS GENERALES

El término subsidios generales se utiliza para describir la asistencia que proporcionan los gobiernos locales y estatales, y que no es financiada total o parcialmente con fondos del gobierno federal. Los subsidios generales, en

forma de ayuda directa en efectivo a personas elegibles o pagos directos a proveedores, pueden otorgarse a personas indigentes que no tengan derecho a los programas de asistencia financiados por el gobierno federal, o que requieran de una ayuda adicional.

Los requisitos respecto a elegibilidad y los niveles de pago de los programas de subsidios generales varían de un estado a otro, y con frecuencia, incluso dentro de un mismo estado. En general los pagos son a niveles más bajos y tienen una duración menor a los que proporcionan los programas de ayuda financiados por el gobierno federal. Los beneficiarios incluyen a personas desempleadas sin derecho a recibir Subsidios a Familias con Hijos Dependientes (AFDC) o pensiones por seguro de desempleo, o que hayan agotado sus pensiones de desempleo. Además, aquellas personas cuyas enfermedades no sean de suficiente severidad para tener derecho al pago de Ingresos Complementarios (SSI) podrán recibir subsidios generales. Sin embargo, aproximadamente una tercera parte de los estados no proporcionan subsidios generales a familias que incluyan una persona con posibilidades de empleo, excepto en situaciones específicas de emergencia, como incendios o inundaciones.

Los subsidios generales pueden ser administrados por una entidad estatal de asistencia social, una dependencia local o una dependencia local bajo supervisión estatal. Por lo general, los subsidios son financiados con fondos estatales y/o locales, pero en la cuarta parte de los estados se financian exclusivamente con fondos locales.

Durante el ejercicio fiscal de 1992, 36 estados, el Distrito de Columbia, Guam, Puerto Rico y las Islas Vírgenes reportaron al gobierno federal datos de subsidios generales. Durante dicho período, 1.1 millones de personas recibieron subsidios generales en los estados que presentaron estos reportes.

VIVIENDA SOCIAL Y SUBSIDIADA

Desde principios de la década de los 1930, el gobierno federal ha encabezado el liderazgo hacia el logro de una meta de viviendas seguras, sanitarias y económicas para todos los estadounidenses. Diversas entidades federales, estatales y locales administran actualmente programas de viviendas para familias de bajos ingresos. La mayor parte de estos programas son administrados con fondos del HUD, o Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (Department of Housing and Urban Development). Algunos programas para familias rurales son financiados con fondos provenientes del Departamento de Agricultura. Durante el ejercicio fiscal de 1990, los desembolsos del presupuesto federal para vivienda social y programas de ayuda para renta administrados por el HUD para individuos y familias de bajos ingresos ascendieron a US\$15,000 millones.

Vivienda Social

De acuerdo con la Ley de la Vivienda de 1937, los complejos habitacionales de rentas bajas fueron los primeros programas federales de viviendas de interés social. Los complejos habitacionales son propiedad de una PHA o Dependencia Local de Vivienda Social (Public Housing Agency) o de IHA o Vivienda para Población India (Indian Housing Agency), y son manejados y administrados por dichas dependencias. Los fondos los proporciona el estado o el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) a la PHA/IHA, con objeto de cubrir el costo de capital de un complejo habitacional, o para hacer pagos por servicio de deuda, con el fin de garantizar el carácter de interés social del complejo habitacional. Existen subsidios adicionales disponibles para cubrir los costos operativos y de mantenimiento, y para financiar la reconstrucción de complejos habitacionales existentes que ya sean obsoletos. Los beneficiarios son familias e individuos de bajos ingresos, incluyendo familias con hijos, así como ancianos y discapacitados o minusválidos. Los estándares respecto a ingresos para ocupación

inicial y continua varían de acuerdo con las autoridades locales de vivienda, aunque los límites son restringidos por lineamientos federales. Las rentas son fijadas mediante estatutos federales y no deberán exceder el 30% del ingreso ajustado mensual de la familia beneficiaria.⁴⁷ En 1990, los desembolsos federales en programas de vivienda social fueron de US\$4,400 millones y cubrieron 1.4 millones de unidades habitacionales. Los desembolsos en vivienda social incluyen US\$2,000 millones de conformidad con el CIAP o Programa de Asistencia de Mejoras Integrales (Comprehensive Improvement Assistance Program). El CIAP proporciona fondos para costo de capital, con el fin de mejorar las condiciones físicas y la administración y operación de los complejos habitacionales existentes de tipo social y para población india, con objeto de garantizar su disponibilidad continua y servir a familias de bajos ingresos.

Ayuda para renta

En 1992, los programas de ayuda para renta del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (Sección 8) representaron desembolsos de US\$12,300 millones. Estos programas incluyen certificados de renta, rehabilitación moderada y sustancial y vales de renta. En 1992, al amparo de estos programas de ayuda para renta se incluyeron aproximadamente 2.8 millones de unidades habitacionales.

Los pagos de ayuda para vivienda incluyen fondos federales, estatales y locales, y se hacen por cuenta de inquilinos elegibles a los propietarios de viviendas rentadas del sector privado que participan. Excepto por los vales de renta, que se tratan más adelante, el pago compensa la diferencia entre la renta aprobada adeudada al propietario por la vivienda y la aportación para renta que se requiere de la familia ocupante. Se requiere que la familia ocupante subsidiada aporte el 30% de los ingresos mensuales ajustados.⁴⁸ La elegibilidad para obtener ayuda para renta se limita a familias de "muy bajos ingresos", que son aquéllas cuyos ingresos no exceden

el 50% de los ingresos medios para el área, y con base en excepciones, a "familias de bajos ingresos", o sean aquéllas cuyos ingresos no exceden el 80%.

Programas para indigentes

Los indigentes, y los albergues para este segmento de la población de bajos ingresos, han sido una inquietud importante en los últimos años. Las dos legislaciones más importantes que se ocupan de este problema son la Ley Stewart B. McKinney de Asistencia a Indigentes de 1987 (Stewart B. McKinney Homeless Assistance Act) y la Ley Nacional Cranston-González de Vivienda Económica de 1990 (Cranston-González National Affordable Housing Act). En 1992, de acuerdo con la Ley McKinney, las asignaciones para los programas para indigentes fueron de US\$450 millones de dólares:

[En millones]

Programa de Subvenciones a Albergues de Emergencia.....	\$73.2
Programa de Demostración de Vivienda de Apoyo... Asistencia Complementaria a Instalaciones de Ayuda a Indigentes (SAFAH).....	1,500 11.2
Ayuda para Renta-Sección 8, Rehabilitación Moderada, Ocupación de un Solo Cuarto (SRO)....	105.0
Albergue y Atención	110.5

El Programa de Demostración de Vivienda de Apoyo está diseñado para desarrollar enfoques innovadores para proporcionar vivienda de apoyo, especialmente a personas indigentes que no residan en instituciones, aquéllas con discapacidades mentales, familias indigentes con hijos, así como otras personas indigentes minusválidas. El programa tiene dos componentes: la vivienda de transición y la permanente para indigentes minusválidos. La vivienda de transición está diseñada para dar albergue y servicios de apoyo, con

objeto de facilitar la transición hacia una vida independiente a personas indigentes que tengan la capacidad para hacer la transición en 24 meses. El componente de vivienda permanente para indigentes minusválidos tiene como propósito, mediante albergue y servicios de apoyo, maximizar la capacidad de cada residente para vivir de manera independiente dentro del ambiente de vivienda permanente.

El programa SAFAH o sea, de Asistencia Complementaria a Instalaciones de Ayuda a Indigentes (Supplemental Assistance for Facilities to Assist the Homeless), proporciona asistencia integral a programas particularmente innovadores o métodos alternos, con objeto de satisfacer las necesidades inmediatas o a largo plazo de individuos y familias indigentes.

La Ley Nacional de Vivienda Económica de 1990 (National Affordable Housing Act) estableció el Programa de Albergue y Atención (Shelter Plus Care). Este programa dará ayuda para renta de vivienda en relación con servicios de apoyo financiados con fondos de otras fuentes, orientados a personas indigentes con discapacidades, principalmente aquellas con enfermedades mentales serias, con problemas crónicos de alcohol o drogas o ambos, o que hayan contraído el SIDA y enfermedades relacionadas. Los fondos destinados a este programa se han propuesto para el ejercicio fiscal de 1992.

La Ley McKinney estableció un Consejo Interdependencias sobre Indigentes. Este Consejo informa a los estados, los gobiernos locales y otras organizaciones públicas y privadas no lucrativas, respecto a los recursos federales disponibles para ayuda de indigentes. Además, el Consejo proporciona ayuda sobre la forma como los programas federales, aparte de los autorizados de conformidad con esta ley, pueden coordinarse mejor y complementar los objetivos de dicha legislación.

Otros programas

Antes de la revisión legislativa en 1990, el programa de Vivienda para Ancianos o Discapacitados otorgaba financiamiento para la construcción o rehabilitación de viviendas para personas de bajos ingresos, por organizaciones no lucrativas y cooperativas de consumidores. Los fondos se suministraban mediante préstamos a largo plazo y la Sección 8 de ayuda para renta. En 1992, los desembolsos federales fueron de US\$501 millones.

La Ley Nacional de Vivienda Económica de 1990 reestructuró esta actividad en dos programas por separado: Vivienda de Apoyo para Personas de la Tercera Edad y Vivienda de Apoyo para Personas con Discapacidades. La nueva legislación hace hincapié en tratar de solucionar las necesidades especiales de las personas de la tercera edad, y discapacitados y proporcionar servicios de apoyo.

El mecanismo de fondeo se revisó para tener una combinación de anticipos de capital y ayuda para renta. Los anticipos de capital son préstamos sin intereses a reembolsarse solamente si la vivienda ya no está disponible para personas de muy bajos ingresos. Las rentas para inquilinos se establecieron a un nivel del 30% de los ingresos mensualmente ajustados (o las opciones descritas bajo ayuda para renta). Las viviendas deben estar disponibles para personas de la tercera edad o personas discapacitadas de muy bajos ingresos durante un período mínimo de 40 años.

NOTAS Y BIBLIOGRAFIA

Notas

1. Para análisis generales ver Gaston V. Rimlinger, *Welfare Policy and Industrialization in Europe, America, and Russia* (New York: John Wiley, 1971); Richard F. Tomasson, ed., *The Welfare State, 1883-1983*, volume 6 of *Comparative Social Research* (Greenwich, CT: JAI Press, 1983); and Roy Lubove, *The Struggle for Social Security, 1900-1935* (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1968).
2. Christopher Leman, *The Collapse of Welfare Reform: Political Institutions, Policy, and the Poor in Canada and the United States* (Cambridge, MA; MIT Press, 1980), p.23.
3. John G. Brooks, *Compulsory Insurance in Germany, Including an Appendix Relating to Compulsory Insurance in Other Countries in Europe*, Cuarto Informe Especial del Comisionado del Trabajo (Washington, D.C.: Imprenta del Gobierno, 1893).
4. Adna F. Weber, "Industrial Accidents and Employers' Responsibility for their Compensation", Estado de Nueva York, Seventeenth Annual Report of the Bureau of Labor Statistics for the Year 1899 (Albany, 1900).
5. Comisionado del Trabajo de EUA, "Workmen's Insurance and Compensation Systems in Europe", *Twenty-fourth Annual Report*, dos volúmenes (Washington, DC: Imprenta del Gobierno, 1911).
6. Una breve y excelente discusión del AALL es Lubove, *The Struggle for Social Security, 1900-1935*, pp. 29-34; para una explicación completa ver John A. Fitch, "The American Association for Labor Legislation", in John B. Andrews Memorial Symposium on Labor Legislation", en *John B. Andrews Memorial Symposium on Labor Legislation and Social Security* (Madison: University of Wisconsin Press, 1949), pp. 81ff.
7. Escritos por y sobre Rubinow son amplios. Un resumen excelente de sus conceptos está en I.M. Rubinow, *The Quest for Security* (New York: Henry Holt, 1934).
8. Ver su autobiografía, *Myself* (Madison: University of Wisconsin Press, 1934) y la biografía en L.G. Harter, *John R. Commons: His Assault on Laissez-faire* (Corvallis: Oregon State University Press, 1962).
9. *Proceedings of the Conference on the Care of Dependent Children held at Washington, DC. January 25, 26, 1909* (Washington, DC: Government Printing Office, 1909) and Harold A. Jambor, "Theodore Dreiser, the *Delineator* Magazine, and Dependent Children: A Background Note on the Calling of the 1909 White House Conference", *Social Service Review* 32 (1): 33-40.

10. Sobre Epstein ver Lubove, *The Struggle for Social Security, 1900-1935*, pp. 128-143. Uno de sus mejores trabajos fue *Insecurity: Challenge to America: A Study of Social Insurance in the United States and Abroad* (New York: Random House, 1938).
11. Ver por ejemplo, Paul H. Douglas and Aaron Director, *The Problem of Unemployment* (New York: Macmillan, 1931), Paul H. Douglas, *Social Security in the United States*, 2ª Edición, New York: McGraw-Hill, 1939), y sus memorias, *In the fullness of Time* (New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1972).
12. Lubove, *The Struggle for Social Security, 1900-1935*, p. 113. Su amplios escritos incluyen *Toward Social Security* (New York: McGraw-Hill, 1936). *The American Social Security System* (Boston: Houghton Mifflin, 1949), y *Social Security and Public Policy* (New York: McGraw-Hill, 1956).
13. Searle F. Charles, *Harry Hopkins: Minister of Relief* (Syracuse: Syracuse University Press, 1953) y Frances Perkins, *The Roosevelt I Knew* (New York: Viking, 1946) toca su papel en la formulación de la legislación de la seguridad social .
14. Una viva discusión de estos movimientos se encuentra en Arthur M. Schlesinger, Jr., *The Politics of Upheaval* (Boston: Houghton Mifflin, 1963), pp. 29-41.
15. Edwin E. Witte, *The Development of the Social Security Act* (Madison, University of Wisconsin Press, 1962) and Arthur J. Altmeyer, *The Formative Years of Social Security* (Madison: University of Wisconsin Press, 1966) Discusión del período formativo del Acta de 1935 de la Seguridad Social. .
16. Edward D. Berkowitz, "The American Disability System in Historical Perspective", en Edward D. Berkowitz (ed.), *Disability Policies and Government Programs* (New York: Praeger, 1979), p.18.
17. Walter I. Trattner, *From Poor Law to Welfare State*, 3rd ed. (New York: Free Press, 1984), pp. 207-8.
18. Mark H. Leff, "Consensus for Reform: The Mothers'-Pension Movement in the Progressive Era", *Social Service Review* 47 (Septiembre 1973), pp. 397-417.
19. [Public-No. 271-74º Congreso]. [H:R: 7260]El Acta de la Seguridad Social y otros documentos básicos relativos a su desarrollo, se encuentran en la Conferencia Nacional del Trabajo Social, the *Report of the Committee on Economic security of 1935 and Other Basic Documents* (Washington, DC: NCSW, 1985).
20. Citado en Arthur M. Schlesinger, Jr., *The Coming of the New Deal* (Boston: Houghton Mifflin, 1959), p. 31Z.

21. Citado en Arthur J. Altmeyer, *The Formative Years of Social Security* (Madison: University of Wisconsin Press, 1966), p.38.
22. Carolyn Weaver, *The Crisis in Social Security: Economic and Political Origins* (Durham, N.C.: Duke Press Policy Studies, 1982), pp. 94-96.
23. La donación de dos millones de dólares al Servicio de Salud Pública en el Capítulo VI en una excepción de esta Declaración.
24. Altmeyer, *The Formative Years*, p. 25.
25. Citado en Robert J. Myers, *Social Security*, 3rd ed. (Homewood, IL: Richard D. Irwin, 1985), pp. 456-57.
26. Lewis Meriam, *Relief and Social Security* (Washington, DC: Brookings Institution, 1946), pp. 184-88.
27. Citado en Altmeyer, *The Formative years*, p. 68.
28. Richard M. Coughlin, *Ideology, Public Opinion and Welfare Policy* (Berkeley: Institute of International Studies, University of California, 1982), pp. 58-59.
29. Cálculos hechos por Myers, *Social Security*, Appendix 3-5, pp. 333-37.
30. Las pensiones del OASDI para aquéllos nacidos algunos años antes de 1917 son más generosas que para aquéllos nacidos en años siguientes debido a la operación de la fórmula de 1972.
31. Robert M. Ball, "The 1939 Amendments to the Social Security Act and What Followed", en Conferencia Nacional sobre Bienestar Social , p. 167.
32. Myers, *Social Security*, p.89.
33. John A. Svahn, "Omnibus Reconciliation Act of 1981: Legislative History and Summary of OASDI and Medicare Provisions", *Social Security Bulletin*, vol 44, no. 10 (Octubre 1981), pp. 3-24.
34. John A. Svahn and Mary Ross, "Social Security Amendments of 1983: Legislative History y Summary of Provisions", *Social Security Bulletin*, vol. 46, no. 7 (July 1983), pp. 3-48.
35. Myers, *Social Security*, Appendix 3-8, pp. 339-43.
36. El presidente nombró cinco miembros de la Comisión Nacional sobre la Reforma a la Seguridad Social, el Conferencista Speaker Thomas P. O'Neill, Jr. denominado quinto, y el Líder de la Mayoría del Senado Leder Howard H. Baker, Jr. denominado quinto.

37. Alicia H. Munnell, *The Future of Social Security* (Washington, DC: Brookings institution, 1977), p.716.
38. Myers, *Social Security*, pp. 417-20.
39. Citado por Thomas Watterson, "Baby Boomers Face Retirement Pinch", *Albuquerque Journal*, Noviembre 24, 1985, p. D12.
40. Harry C. Ballantyne, "Actuarial Status of the OASI and DI Trust Funds", *Social Security Bulletin*, vol. 48, no. 6 (Junio 1985), p.31.
41. Citado en Martha Derthick, *Policymaking for Social Security* (Washington, DC: Brookings Institution, 1979), p.411
42. Para fines de impuesto sobre la renta, una parte de las pensiones del programa de Seguridad Social se incluye en el ingreso bruto de los beneficiarios cuyos ingresos excedan ciertas cantidades base -\$32,000 para parejas casadas que presentan sus declaraciones de manera conjunta, \$0 para los contribuyentes casados que presentan su declaración por separado y que hayan vivido con sus cónyuges en ese tiempo durante el año, y \$25,000 para todos los demás contribuyentes, incluyendo a solteros y jefes de familia. Para este fin el impuesto se define como la suma de ingreso bruto ajustado (antes de tomar en cuenta las pensiones de la Seguridad Social), más ciertos impuesto no gravables, como los ingresos por concepto de intereses excentos de impuestos, y la mitad de las pensiones de Seguridad Social.
Los beneficiarios cuyos ingresos excedan la cantidad base que se les aplica deben incluir, como parte del ingreso bruto para fines de impuestos, la mitad de sus pensiones o la mitad de la diferencia entre sus ingresos, de acuerdo con el cálculo que se menciona antes, y la cantidad base, los que sean menores.
43. La reforma de 1946 estipula que las cotizaciones del patrón al fondo del fideicomiso de desempleo pueden retirarse para financiar los subsidios del seguro de discapacidad temporal, pero no para administrar dicho sistema.
44. A pesar de que los subsidios no requieren de comprobación de ingresos, sí están sujetos a los impuestos federales sobre ingresos. El subsidio puede reducirse si el trabajador está recibiendo ciertos tipos de ingresos -pensiones, salarios atrasados, o indemnización por discapacidad parcial temporal.
45. Esta cantidad excluye los programas para los empleados federales y para los ex-miembros del servicio militar.
46. Para un examen detallado de las disposiciones de los programas FERS consultar "Federal Employees Retirement System Act of 1986", por Wilmer L. Kerns, *Social Security Bulletin*, noviembre de 1986, págs. 5-10.

47. Las opciones de pagos de inquilinos son la más alta de las siguientes: (1) el 30% de los ingresos mensuales ajustados; o (2) el 10% de los ingresos brutos mensuales; o (3) si la familia recibe asistencia social, la porción de dicha asistencia social designada como el costo mensual de vivienda para la familia.

48. Ibid.

Bibliografía

- A brief description of the U.S. Social Security Program. U. S. Department of Health and Human Services Social Security Administration, January 1994. Washington, D. C.
- Bretz, Judith S. *Medicare*.
- Brief Summaries of Medicare and Medicaid. Title XVIII and Title XIX of the Social Security Act. July, 1994, Washington, D.C.
- Kallman Bixby, Ann. *Public Employee Programs*.
- *Ibid. Railroad Retirement*.
- Lermis, Wilmer L. *Aid to Families with Dependent Children*.
- *Ibid. General Assistance*.
- *Ibid. Temporary Disability Insurance*.
- *Ibid. Veterans Benefits*.
- Litow, Leon. *Low Income Home Energy Assistance*.
- *Ibid. Supplemental Food Program for Women, Infants and Children*.
- *Ibid. Food Stamps*.
- *Ibid. School Lunches*.
- Nash, Gerald D., Pugach Noel H, and Tomasson Richard F. *Social Security, The First Half Century*, Washington, D.C.
- Nelson, William J. *Workers' Compensation*.

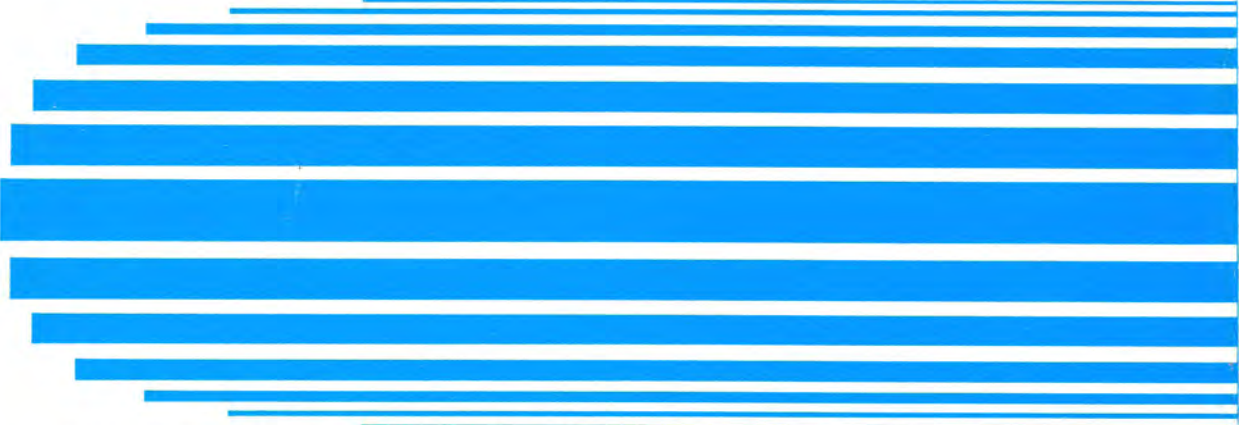
- Schmulowitz, Jack and Bretz, Judith. *Unemployment Insurance*.
- Schumlowitz Jack. *Supplemental Security Income*.
- Schwartz, David and Grundmann Herman. *Old-Age, Survivors and Disability Insurance*.
- Social Security Bulletin, Spring 1994 vol. 57, N°1, Washington, D.C.
- Social Security Handbook 1993, 11th Edition, Washington, D. C.
- Status of the Social Security and Medicare Programs. A summary of the 1994 annual reports. Washington, D.C., April 1994.
- Waid, Mary O. *Our Nation's Health Care Programs*. Health Care financing Administration, Washington D.C. September, 1994

Fuente: Social Security Bulletin, September 1991 and winter 1993/vol. 54, and 56, N° 9 and N° 4, Washington, D.C.

ERRATAS

(Monografía EUA, versión en castellano)

1. En la página 23 última línea dice: Como consecuencia del alza rápida de la inflación de los setentas, se hizo claro; *debe decir*: Como consecuencia del alza rápida de la inflación de los setentas, se hizo claro que la fórmula adoptada en 1972 (PIA) trajo como resultado el desplazamiento en escalada de los radios para sucesivos cohortes. Una fórmula nueva se
2. En la página 108, primera línea, dice: espera es indemnizable después de haber pagado pensiones durante tres; *debe decir*: semanas consecutivas. En cada uno de los programas de seguros...



La Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), por indicaciones de su Presidente, licenciado Genaro Borrego Estrada, se ha propuesto llevar a cabo un importante programa editorial para cumplir de mejor manera con sus finalidades fundamentales consistentes en recopilar y difundir los avances de la seguridad social.

La Conferencia concentra sus esfuerzos en la publicación de documentos cuyo propósito es lograr una seguridad social eficiente, ante las necesidades sociales, y procurar que su contenido sea de interés general y comprenda una extensa variedad de temas. Su programa editorial responde, por lo tanto, a las demandas constantes de las instituciones de seguridad social del continente, para contar con un mayor número de publicaciones en las que quede constancia y testimonio de los diferentes trabajos que realizan, y a la generación de documentos útiles a las instituciones por parte de los órganos de la CISS, las Subregiones y del Sistema de información de la Seguridad Social Americana. Se publican dos colecciones: monografías de seguridad social de los países representados en las CISS y libros especializados en temas de seguridad social. Queda a las instituciones el compromiso de acentuar su participación, para enriquecerlas con sus experiencias acumuladas. Asimismo la edición de su Boletín Informativo con periodicidad mensual, su Revista Seguridad Social, bimestral, y el Atlas de la Seguridad Social Americana, dan respuesta a las mismas demandas institucionales.

La presente publicación forma parte de este programa integral de difusión editorial, que realiza la Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

