

SEGURIDAD SOCIAL

II
Revista
de la

Asociación
Internacional
de la
Seguridad
Social



Conferencia
Interamericana
de
Seguridad
Social



SECRETARIAS GENERALES DE LA AISS, Y DE LA CISS.
EDITADA EN MÉXICO, D. F.
PASO DE LA REFORMA 476 - 36, PISO

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.

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO III

ENERO - ABRIL DE 1954

NUM. 9

INDICE

	Págs.
LA XI ASAMBLEA GENERAL Y OTRAS REUNIONES DE LA A.I.S.S. EN PARIS	5
EL SEMINARIO DE SEGURIDAD SOCIAL DE PANAMA	17
LA PRESCRIPCION Y CONSUMO DE MEDICAMENTOS	43
EL PROGRESO DE LA PROTECCION SOCIAL EN LAS REGIONES INSU- FICIENTEMENTE DESARROLLADAS POR MEDIO DE LA AYUDA MUTUALISTA	64
EL PROGRESO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN IRAN	78
EL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO EN VENEZUELA	85

NOTICIAS SOBRE SEGURIDAD SOCIAL

ARGENTINA	94
REPUBLICA DOMINICANA	97
FRANCIA	98
ESPAÑA	101

EL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO EN VENEZUELA

El nuevo sistema de seguro social obligatorio en Venezuela, que fué preparado con la ayuda de los expertos técnicos de la Oficina Internacional del Trabajo, se está implantando por etapas y su campo de aplicación está ampliándose de manera regular para dar protección a otras regiones adicionales.

El sistema lo administra el Instituto del Seguro Social de Venezuela, que es una de las más activas instituciones-miembros de la A.I.S.S.

Los puntos principales del nuevo Reglamento respecto al Plan del Seguro obligatorio de Enfermedad-Maternidad y Accidentes del Trabajo, son los siguientes:

Extensión y registro.

Todos los trabajadores bajo contrato de trabajo, expreso o implícito, o aprendices, tanto con empresas privadas como con aquellos establecimientos públicos clasificados como empleadores, de acuerdo con el Código del Trabajo, están sujetos al seguro obligatorio de acuerdo con los Planes de Accidentes de Trabajo y de Enfermedad-Maternidad, siempre que sus ingresos no excedan de 14,000 Bs. por año.

Los trabajadores que emprendan trabajos interinos fuera de una empresa y los parientes del empleador, hasta el cuarto grado sanguíneo y segundo de afinidad, que trabajen exclusivamente para el empleador y vivan bajo su techo, no están sujetos al seguro obligatorio.

Los trabajadores empleados temporalmente en puestos que queden fuera de la jurisdicción del seguro social obligatorio, por un período que no exceda a seis semanas, pero que ocupen el mismo en servicio de una empresa comprendida dentro del Código del Seguro Social Obligatorio, estarán sujetos al seguro.

Todo empleador debe presentar en la Oficina del Seguro Regional una declaración en la que figuren los nombres de sus trabajadores, los jornales que perciben y cualquier otra información que se considere necesaria respecto a su empleo. Todo empleador tiene la obligación de faci-

litar a las autoridades del seguro, la información necesaria por la que se pueda determinar el grado de riesgo de su empresa.

Los trabajadores que ingresen a un empleo sujeto al seguro obligatorio, recibirán una libreta para las estampillas del seguro con los siguientes datos:

- Número de serie de la libreta de seguro.
- Nombres completos del asegurado, personas a su cargo que tengan derecho a recibir prestaciones.
- Firma o algún otro medio de identificación del asegurado.
- Fecha de afiliación y sello del instituto.

No podrá hacerse ninguna alteración a estas especificaciones sin la debida autorización.

Los empleadores deberán informar a las autoridades del seguro en un plazo de tres días, cuando tomen un trabajador que no posea una libreta de seguro y deberán hacer lo mismo si por cualquier razón el trabajador no presenta su libreta.

Cuando el trabajador asegurado adquiere el derecho a las prestaciones deberá depositar su libreta de seguro con su empleador.

Los empleadores son responsables de la custodia de las libretas de seguro de los trabajadores y éstas podrán ser revisadas en cualquier tiempo por el trabajador asegurado en cuestión o por los funcionarios del Instituto del Seguro Social. El empleador deberá entregar la libreta al trabajador asegurado cuando este último la necesite para recibir alguna prestación y se la devolverá si el trabajador deja el empleo.

Si un trabajador se retira de una empresa sin recoger su libreta de seguro, el empleador está obligado a entregar la misma, en el término de una semana, al funcionario del seguro correspondiente.

Clasificaciones de Salarios y Salario Básico.

Las clasificaciones de salarios, los salarios máximos y los salarios básicos se fijan como sigue:

Salarios en Bolívares Salarios Semanales

Clasificación de salarios	de	a	Salario Semanal Básico
I	—	23.99	16.20
II	24.00	47.99	36.00

III	48.00	71.99	60.00
IV	72.00	95.99	84.00
V	96.00	119.99	108.00
VI	120.00	—	144.00

Contribuciones

Tanto las contribuciones del trabajador como las del empleador se pagan por medio de estampillas especiales que se fijan en las libretas de seguro las que son canceladas posteriormente.

El Instituto del Seguro Social distribuye las libretas y las estampillas.

Las estampillas las fijará el empleador el primer día laborable de cada semana por la cantidad de las contribuciones semanarias.

Las libretas de seguro deberán llenarse también el primer día de la semana durante los periodos de vacaciones.

Los trabajadores asegurados no están obligados a pagar contribuciones mientras estén recibiendo prestaciones en efectivo.

Un trabajador está obligado a pagar solamente una contribución a la semana, aun cuando cambie de empleo.

Contribuciones para el Seguro de Enfermedad-Maternidad

Las contribuciones semanales totales que se pagan por concepto del seguro de enfermedad-maternidad, las cuales cubren la mitad el asegurado y mitad el empleador son como sigue:

Clasificación de Salarios	Pagadera por el Trabajador y el Empleador respectivamente	Contribución total semanal
I	0.50	1.00
II	1.05	2.10
III	1.75	3.50
IV	2.45	4.90
V	3.15	6.30
VI	4.20	8.40

Cuando el trabajador no recibe ninguna remuneración en efectivo, el empleador paga el monto total de la contribución.

Los empleadores pueden deducir el monto de la contribución del trabajador al pagarle su salario. Si no lo hiciera así, no podrá hacer deducciones retrospectivas.

Contribuciones sobre el Seguro de Accidentes del Trabajo.

La contribución correspondiente al seguro contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales se fija en 0.05 por ciento del salario básico para cada grado del riesgo.

Las empresas se agrupan en cuatro clasificaciones de riesgos bajo las denominaciones B, C, D y E, correspondientes a los porcentajes respectivos de los riesgos de 12, 25, 50 y 70.

Las contribuciones sobre los accidentes del trabajo se pagan por cuenta exclusiva del empleador y se cubren de acuerdo con la siguiente tarifa:

Contribución semanal en Bolívares por trabajador asegurado.

Clasificación de salarios	B	C	D	E
I	0.10	0.20	0.40	0.55
II	0.20	0.45	0.90	1.25
III	0.35	0.75	1.50	2.10
IV	0.50	1.05	2.10	2.95
V	0.65	1.35	2.70	3.80
VI	0.85	1.80	3.60	5.05

Pago de Contribuciones.

Los organismos municipales o estatales encargados de expedir los permisos de construcción, no podrán, a menos que la suma correspondiente exceda a 400,000 bolívares, expedir los mismos si el solicitante no exhibe un certificado del Instituto del Seguro Social con el que compruebe que las contribuciones del seguro correspondientes a los trabajadores que se empleen, están debidamente garantizadas.

Contribuciones sobre el Seguro de Enfermedad-Maternidad.

Las prestaciones por enfermedad no están condicionadas a ningún período de contribuciones.

En caso de enfermedad, el trabajador asegurado y los familiares a su cargo que conviven con él y que no estén sujetos al seguro obligatorio, tendrán derecho a prestaciones médicas, quirúrgicas, de hospitalización, dentales y farmacéuticas desde el primer día de la enfermedad y por un

período de 26 semanas consecutivas.

Cuando hay perspectivas de que se recupere el beneficiario y siempre que éste haya pagado por lo menos 39 contribuciones consecutivas en el año anterior a la enfermedad, el Director General puede ampliar el período de prestaciones por otras 26 semanas.

Las personas que reciban una pensión por incapacidad para trabajar total y permanente, causada por un accidente del trabajo, tienen derecho a recibir servicios médicos conforme al plan del seguro de enfermedad.

Se consideran como derecho-habientes, las siguientes personas:

- La esposa o compañera del asegurado. La compañera debe haber cohabitado con el beneficiario por lo menos un año o haber tenido un hijo de él. Si ella hubiera sido miembro del plan de seguridad antes de que el presente Reglamento entrara en vigor, no queda sujeta a estas condiciones.
- Hijos e hijas legítimos, naturales o adoptados, huérfanos de padre y madre, o pupilos hasta los 15 años de edad o mientras continúan sus estudios, siempre que dependan del asegurado y vivan bajo su techo.
- La madre del asegurado si depende de él y vive bajo su techo.
- El padre si está totalmente incapacitado, depende del asegurado y vive bajo su techo.
- El esposo totalmente incapacitado de una mujer asegurada, si depende de ella y vive bajo su techo.

La prueba de la cohabitación y de la dependencia económica puede solicitarse en cualquier momento.

También quedan incluidos otros parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad y que hubieren sido inscritos en la libreta del asegurado antes de que entrara en vigor el actual Reglamento.

Los asegurados que se hallen incapacitados para trabajar por causa de enfermedad, tienen derecho a recibir un subsidio diario equivalente a dos tercios del salario básico, pagadero de acuerdo con la siguiente tarifa, desde el cuarto día de incapacidad y por un período de 25 semanas.

Clasificación de salarios	Subsidio en Bolívares	
	Diariamente	Semanalmente
I	1.80	10.80
II	4.00	24.00
III	6.60	39.60
IV	9.30	55.80

V	12.00	72.00
VI	16.00	96.00

El salario básico sobre el cual se calculan los subsidios diarios es como sigue: El salario básico sobre el cual se han pagado contribuciones o recibido prestaciones en efectivo durante las 10 semanas anteriores al día en que se notifique la incapacidad por el asegurado, o el primer día del período de descanso pre-natal, se suman, dividiendo el total entre diez; el cociente representa el salario básico de acuerdo con la clasificación establecida en este Reglamento.

Las prestaciones pueden pagarse por períodos que no excedan de una semana.

El Reglamento anterior también se aplica al cálculo de las prestaciones por Seguro de Accidentes del Trabajo.

Un asegurado que haya perdido su derecho a las prestaciones, podrá recuperarlo solamente después de haber renovado el pago de sus contribuciones por 16 semanas. Sin embargo, la contribución de ocho semanas será suficiente para renovar su derecho a las prestaciones siempre que se trate de un nuevo caso de enfermedad.

El derecho a las prestaciones por parte de los derecho-habientes está condicionado al derecho del asegurado a las mismas prestaciones.

El asegurado y sus derecho-habientes tienen derecho a prestaciones por 26 semanas consecutivas independientemente de que se trate de una misma dolencia.

La pérdida del derecho a la prestación por parte del asegurado implica una pérdida similar por parte de sus derecho-habientes, excepto aquellos que en ese momento estén recibiendo una prestación, quienes continuarán recibiendo la misma por el período estipulado.

Un asegurado que pierda el derecho a las prestaciones puede recuperarlo respecto a sus derecho-habientes que no han recibido aún la prestación o que no han perdido su derecho a la misma por medio de una sola contribución semanal.

Un asegurado que deje un empleo sujeto al seguro obligatorio, re-tiene solamente el derecho a las prestaciones en efectivo para él mismo y sus derecho-habientes, siempre que la enfermedad se presente dentro de las seis semanas siguientes a su última semana de contribución.

El derecho de los beneficiarios a las prestaciones de enfermedad-maternidad, cesa con la muerte del asegurado. Los beneficiarios que estén recibiendo prestaciones en el momento del fallecimiento, continuarán, sin embargo, recibiendo las mismas por el período estipulado.

Un asegurado que esté recibiendo prestaciones por accidentes del trabajo por invalidez temporal, conserva el derecho a las prestaciones de enfermedad-maternidad para sí mismo y sus beneficiarios. Un asegurado que por razón de su invalidez permanente declarada pierda su condición de miembro del plan de seguridad, conserva el derecho a prestaciones médicas para sí mismo y sus beneficiarios con respecto a cualquier enfermedad que pueda presentarse dentro de las seis semanas siguientes a la declaración de su invalidez permanente.

La prestación de maternidad está prevista para una mujer asegurada o la esposa o compañera de un asegurado bajo las mismas condiciones que las prestaciones de enfermedad, siempre que se haya sometido al examen médico requerido.

Las prestaciones de maternidad consisten en: (A) para una mujer asegurada: 1.—Atención pre-natal. 2.—Atención durante el parto. 3.—Un subsidio en efectivo diario equivalente al subsidio de enfermedad, pagadero durante seis semanas antes y seis semanas después del parto, siempre que la beneficiaria no acepte ningún trabajo remunerado durante este período y que durante los 12 meses anteriores al parto haya pagado por lo menos 13 semanas de contribuciones.

(B) Para un derecho-habiente: 1.—Atención pre-natal. 2.—Atención durante el parto.

La atención pre-natal es obligatoria para todas las mujeres protegidas por el plan de seguridad.

Prestaciones del Seguro Contra Accidentes del Trabajo.

Los accidentes del trabajo serán notificados por los empleadores en un plazo de cuatro días después de que hayan ocurrido.

Los médicos deberán notificar las enfermedades profesionales en un plazo de cuatro días después de que hayan sido diagnosticadas.

Las prestaciones previstas por el Instituto tienden a restaurar la capacidad de trabajo del asegurado y consecuentemente incluyen prestaciones de rehabilitación y re-educación.

En casos de incapacidad absoluta y temporal el beneficiario tiene derecho a un subsidio diario equivalente a la que se estipula conforme al seguro de enfermedad por un período máximo de 52 semanas.

Si un examen médico del caso revela que el grado de incapacidad de trabajo ha disminuído hasta un punto que dé derecho al paciente a una indemnización en efectivo, las autoridades competentes fijarán el monto de la indemnización en un pago en efectivo que equivalga a tres años de pago de la pensión correspondiente al grado de invalidez esta-

blecido durante el último examen.

Las prestaciones de orfandad se suministrarán hasta los 15 años de edad o hasta los 18 si el beneficiario continúa sus estudios o está permanentemente incapacitado.

La prestación total concedida a una familia no puede exceder a la otorgada en caso de incapacidad total de trabajo. Si el grupo familiar se reduce por fallecimiento, las prestaciones concedidas a los supervivientes pueden, sin embargo, aumentarse hasta el máximo mencionado.

Reglamentos que se Aplican, tanto a las Prestaciones de Enfermedad-Maternidad como a los Accidentes del Trabajo.

Se proporcionarán prestaciones médicas en los hogares de los asegurados o en establecimientos dirigidos por el Instituto o con los cuales tenga contratos.

El Instituto, sin embargo, fija los métodos para reembolsar los gastos de atención médica proporcionada a los beneficiarios fuera de las regiones cubiertas por el plan de seguridad.

Durante la hospitalización por causa de enfermedad o accidentes del trabajo, el beneficiario tiene derecho a un subsidio diario equivalente a la mitad de lo que debiera pagársele si no estuviera hospitalizado.

El subsidio diario se pagará a partir de la fecha del certificado de la incapacidad de ganancia. La comprobación de que dicha incapacidad ha existido por un período hasta de seis días anteriores a la certificación y que por una razón valedera no pudo certificarse, da derecho al beneficiario a recibir la prestación por este período.

Conflictos entre las Autoridades del Seguro y la Profesión Médica.

Los conflictos de carácter profesional que se susciten entre médicos y las autoridades del seguro, serán resueltos por una comisión compuesta de un representante del Ministerio de Salubridad y Asistencia Social, un representante del Colegio de Médicos y un representante del Instituto del Seguro. Estos son cargos honoríficos por un año y los representantes pueden ser re-electos.

Reglas Generales.

Los funcionarios del Instituto del Seguro Social tienen derecho a inspeccionar cualquier empresa o establecimiento en el cual los trabajadores estén sujetos al seguro obligatorio para verificar si se observan

debidamente los reglamentos del seguro.

Estos funcionarios están también autorizados para inspeccionar las condiciones de trabajo y para emitir instrucciones conforme a los estatutos, respecto a la mejoría o el mantenimiento de las condiciones necesarias para la salud y seguridad industrial de los trabajadores.

Cualquier empleador, trabajador asegurado o derecho-habiente de un asegurado, puede ser citado por estos funcionarios para que comparezca ante las autoridades competentes del Instituto del Seguro Social.

Los funcionarios y empleados del Instituto están obligados a respetar el secreto profesional respecto a todos los asuntos confidenciales que lleguen a su conocimiento en el ejercicio de su trabajo.

