



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas
Biblioteca "Alfredo L. Palacios"



Seguro de enfermedad

Caride, María Teresa

1950

Cita APA: Caride, M. (1950). Seguro de enfermedad.

Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Económicas

Este documento forma parte de la colección de tesis doctorales de la Biblioteca Central "Alfredo L. Palacios".
Su utilización debe ser acompañada por la cita bibliográfica con reconocimiento de la fuente.

Fuente: Biblioteca Digital de la Facultad de Ciencias Económicas - Universidad de Buenos Aires

1/51A

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS

INSTITUTO DE POLITICA SOCIAL

SEGURO DE ENFERMEDAD

MARIA TERESA CARIDE

Nº de Registro: 7694

Quinto Año.

1950

IMPRESO EN LA OFICINA DE ESTADISTICA Y CENSOS

B I B L I O G R A F I A

- Arce, José.- Seguridad Social en la Argentina.
- Archivos de la Secretaría de Salud Pública de la Nación.
diciembre 1948, Bs.As.
- Aznar, Severino.- Los Seguros Sociales.
- Beveridge William.- Seguridad Social y Servicios Afines.
- Boletín de Informaciones y de Estudios Sociales y Economía.-
Quito, Septiembre 1942.- López Saa C.: Eficacia
y Economía de las Prestaciones Médicas y Farma-
céuticas del Seguro de Enfermedad.
- Boletín de la Asociación Internacional de Seguridad Social.-
Ginebra, diciembre 1948.
- Bonilla Marín, Gabriel.- Teoría del Seguro Social.
- Castex, Mariano.- El Seguro Obrero.
- Gimeno, Pedro Arnaldo.- Los Seguros Sociales en los Estados
Totalitarios.
- Gómez, Oscar.- Medicina Legal de Seguros y del Trabajo.
- González Galé, José.- Seguro Social.
- González Posadas, Carlos.- Régimen de los Seguros Sociales.
- González Posadas, Carlos.- Los Seguros Sociales Obligatorios
en España.
- Informaciones Sociales.- Lima, diciembre 1947.- Lederer, Emil:
50 años de Seguro Social de Enfermedad en Ale-
mania.
- Instituto Nacional de Previsión de España.- Publicaciones:

 Compilación de Disposiciones Legislativas Ex-
 tranjeras sobre Seguro de Enfermedad.

 Anales, septiembre 1936.- González Posadas, Car-
 los: Aspectos Preventivos de las Prestaciones en
 Especie en el Seguro Obligatorio de Enfermedad.
- Lattes, Leon: Los Seguros Sociales (Conferencia).
- López Aranda, Alfonso Esteban: Alcance y Finalidad de los Se-
guros Sociales Obligatorios.
- Museo Social Argentino.- Boletín enero-febrero 1947. Davis
Michel: El Seguro Obligatorio de Salud.
- Oficina Internacional del Trabajo: Conferencia de Filadelfia,
1944.

BIBLIOGRAFIA (cont.)

Organo del Instituto Colombiano de Seguros Sociales.- Bogotá, 1949, segundo semestre: "Seguridad Social".

Revista Española de Seguridad Social:

Enero-febrero 1947.- Perpiñá Rodríguez, Antonio: La noción del salario en los Seguros Sociales.

Marzo 1948.- López Valencia, Federico: Características de la Seguridad Social en Gran Bretaña.

Diciembre 1948.- Aznar, Severino: Los Seguros Sociales.

Revista de Ciencias Económicas:

Octubre 1943.- 1) Planes de Seguridad Social en E.E.U.U. (informe).

2) Planes de Seguridad Social en E.E.U.U. (proyecto de ley sobre seguro social).

Diciembre 1945.- Altmeyer, A.J.: La Primera Década de Seguridad Social.

Revista Internacional del Trabajo:(Ginebra).

Octubre 1938:- Cruz Coke, C.: La Ley Chilena sobre la Medicina Preventiva y sus Bases Médicas, Económicas y Sociales.

Junio 1949:- Seguridad de Medios Económicos de Subsistencia.

Julio a septiembre 1949.- Asistencia Médica.

Revista de Previsión Social (Chile).

Revista de Seguridad Social de la Caja Dominicana de Seguros Sociales. Enero-febrero 1950.

Revista de Trabajo y Previsión Social.- Méjico, diciembre 1942.- Martínez Báez M.: El Seguro Social y las Enfermedades Generales.

Rivarola, Mario: La Función de la Medicina en la Técnica del Seguro (conferencia).

Rodríguez Cabo, Matilde.- El Seguro Social y la Maternidad (conferencia; Méjico, 1942).

Rojas, Nerio.- El Secreto Médico y los Seguros (conferencia).

Social Security Legislation Throughout the World.- Washington, 1950.

SEGURO DE ENFERMEDAD

PLAN

I PARTE: Generalidades sobre Seguros Sociales.

II PARTE: Seguro de Enfermedad:

- a) Generalidades.
- b) Antecedentes históricos.
- c) Campo de aplicación:
 - 1) Asegurados.
 - 2) Beneficiarios.
- d) Riesgos cubiertos:
 - 1) Enfermedad.
 - 2) Maternidad.
- e) Recursos económicos:
 - 1) Aporte del asegurado.
 - 2) Aporte patronal.
 - 3) Aporte estatal.
 - 4) Intereses de las inversiones.
- f) Prestaciones:
 - 1) Indemnización económica.
 - 2) Asistencia sanitaria.
- g) Condiciones Necesarias.
- h) Institución aseguradora.

III PARTE : Legislación:

República Argentina	Hungría
Albania	India
Alemania (zona occidental)	Irlanda
Alemania (zona oriental)	Islandia
Austria	Italia
Australia	Japón
Belgica	Luxemburgo
Brasil	Méjico
Bulgaria	Noruega
Colombia	Nueva Zelandia
Costa Rica	Panamá
Cuba	Paraguay
Checoeslovaquia	Perú
Chile	Polonia
Dinamarca	Portugal
Rep. Dominicana	Rumania
Ecuador	Suecia
España	Suiza
Francia	Turquía
Gran Bretaña	U.R.S.B.
Grecia	Venezuela
Holanda	Yugoeslavia

PRIMERA PARTE

GENERALIDADES SOBRE SEGUROS SOCIALES

"El ser humano no siempre puede bastarse a sí mismo". En el transcurso de la vida y dentro de las variadas circunstancias en que cada uno desarrolla la suya, se producen hechos desagradables cuyas causas es imposible suprimir.

Los efectos de estos acontecimientos futuros e inciertos constituyen precisamente el punto de mira de la vieja institución del seguro, creada con el objeto de evitar, disminuir o neutralizar sus consecuencias.

"Generalmente, el trabajador no cuenta, para atender a sus necesidades y las de aquellas personas que dependen de él, con otros medios económicos que los que obtiene con su salario. Este, frecuentemente, no es bastante para satisfacer las necesidades extraordinarias a que da lugar la realización de un riesgo. Ordinariamente, el obrero no puede ahorrar y, en caso afirmativo, se requiere largo lapso de tiempo para que el ahorro permita la suficiente acumulación de capital para hacer frente a los gastos y atenciones ocasionados por la realización de ciertos riesgos". "Si en el momento de su nacimiento o ulteriormente, por circunstancias físicas o sociales, carece de los elementos indispensables de vida y no puede contar con el auxilio familiar, es la sociedad, mediante instituciones de asistencia privada, o el Estado, por la actuación de la asistencia pública, los que se encargan de atender a los desvalidos" (Bonilla Marín).

J. González Galé cita en su obra "Jubilaciones y Seguro Social" al actuario inglés Gompertz, el cual afirmaba que "las causas de muerte del hombre reconocen dos oríge-

ness el azar, independiente en absoluto de la edad, y el desgaste físico que con la edad aumenta". La influencia de esos factores adversos se hace sentir a veces en forma de enfermedad, siendo entonces algo pasajero, y de invalidez cuando sus consecuencias son permanentes.

Las consecuencias de estos hechos adversos no son solamente fisiológicas, sino que también se proyectan en el campo económico. Esta situación se hace tanto más angustiosa, cuanto menores son los recursos con que cuenta la víctima, pues generalmente suele suceder que el monto de las remuneraciones del trabajo no alcanza, en las clases asalariadas, para constituir un margen de ahorro con miras a cubrir, en un futuro más o menos lejano, las posibles contingencias de una vejez desvalida, de una enfermedad, de un accidente, etc.

Para remediar estas situaciones, se ha recurrido en todos los tiempos al sentimiento de solidaridad humana, cuyas primeras manifestaciones en procura de solución para los males sociales, surgieron de las corporaciones y de las órdenes religiosas, donde la asistencia al desvalido o al necesitado ha sido uno de sus principales puntos de mira. Con el andar del tiempo surgieron otras formas de solución en las instituciones mutualistas y, más adelante, otras como las instituciones de seguros a prima, cajas de jubilaciones, etc., pero ninguna de ellas ha encarado el problema en forma integral y satisfactoria, presentando defectos de diversa índole. Actualmente se considera como única solución viable, la implantación del seguro social.

Como ya se dijo, la iniciativa privada se anticipó a la acción de los gobiernos para reparar los daños que ciertos hechos producen, pero aquélla no alcanza a contrarrestar todas las consecuencias, por lo que se hace necesaria la intervención del Estado. En un primer momento, éste lo hace como simple colaborador por meros subsidios a las sociedades mutualistas, o mediante propaganda de los sistemas de seguro implantados hasta entonces. Pero mientras sigue en su política hasta crear o promover dichas sociedades, va viendo la necesidad de completar estos sistemas, mediante la implantación del seguro social.

Cabe preguntarse ahora qué es el seguro y, más todavía, qué es el seguro social: según Manes, "seguro es la agrupación de personas, afectadas de riesgos análogos y valorables, para atender, con medios económicos y en forma mutua, posibles necesidades originadas por tales riesgos", definición que no encuadra estrictamente en el concepto de seguro social, por cuanto faltarían en ella ciertos elementos, como después se verá. Para definir el seguro social, citaremos a Bonilla Marín que dice: "Seguro social es seguro colectivo, establecido por el Estado para atender a necesidades de ciertas clases sociales, nacidas por pérdida, disminución o insuficiencia del salario".

Para que exista seguro social es necesario, entonces, que esté establecido por el Estado; una institución privada no puede constituir por sí sola seguro social.

González Posadas, citando a Rubinow dice que "el seguro social es el nombre que se ha dado a una políti-

ca que la sociedad organizada realiza para proporcionar a una parte de su población aquella protección que los demás habitantes necesitan menos, o que si la necesitan, pueden obtenerla mediante el seguro privado".

Andrews en "Social Insurance", afirma que se llama seguro social "porque afecta a grandes masas populares y porque para su iniciación y funcionamiento es indispensable la acción de los gobiernos".

Esta acción de los gobiernos no debe limitarse tan sólo a la fiscalización o vigilancia que les corresponde como poder público, sino a una intervención efectiva, participando de la responsabilidad del riesgo, intervención que se materializa en la contribución del Estado para formar los fondos necesarios.

Sucede que el seguro libre, generalmente se impone entre las clases sociales que no son las más necesitadas, pues éstas no pueden, muchas veces, apartar de sus salarios los importes que insumen aquéllos. De donde, dichos seguros benefician a las clases que menos necesidades económicas tienen. Por lo tanto, el Estado, viniendo en ayuda del económicamente débil, aporta parte de su carga como contribuyente al seguro social.

A primera vista, puede creerse que de acuerdo con el concepto anterior, seguro social y asistencia o ayuda social serían instituciones semejantes. No es así, sin embargo, residiendo, sobre todo, la diferencia entre ambos en lo siguiente: en la asistencia social, el socorrido es mero recep-

tor de un acto caritativo, mientras que en el seguro social es el titular de un derecho adquirido.

RIESGOS:

El riesgo ha sido definido por González Posadas como "todo acontecimiento futuro y posible que una vez realizado, produce una perturbación, un daño, un siniestro". De esta definición surge que el riesgo es un hecho de carácter aleatorio, ya que puede producirse o no producirse, y también puede decirse que se debe a fuerza mayor, desde que se produce con prescindencia de la voluntad humana.

El riesgo, en el negocio del seguro, es "la posibilidad de un hecho de cuya realización depende el cumplimiento de las obligaciones del asegurador". Es decir, entonces, que el riesgo es, precisamente, aquel acontecimiento futuro e incierto cuyas consecuencias, en caso de producirse, se trata de evitar o disminuir.

Las consecuencias que en el negocio del seguro en general se tratan de suprimir, son de orden económico, es decir, que el asegurador deberá indemnizar las pérdidas económicas sufridas por el asegurado como consecuencia de la realización de aquel hecho futuro e incierto.

Cuando el seguro se contrata sobre cosas que no tienen un valor económico, este valor se le asigna más o menos arbitrariamente; por ejemplo, en los casos de seguros de vida.

Pasando ahora al campo de los seguros sociales,

también suprimen o evitan en primer término las consecuencias de orden económico, pues aún en el caso del seguro de enfermedad, cuando también beneficia con asistencia médica o farmacéutica, puede considerarse esta asistencia como una manera de disminuir los gastos producidos por los honorarios del médico o por la adquisición de remedios. Sin embargo, las últimas manifestaciones del seguro social, van más allá todavía, empleando medios que favorezcan el estado general de la población, moral y físico, como la medicina preventiva, etc.

Volviendo al problema del riesgo, y teniendo presente la definición dada al comenzar este capítulo, se puede preguntar cuáles serían los riesgos que asechan la vida del trabajador y cuyas consecuencias cubre o trata de disminuir el seguro social.

Muchas son las enumeraciones que se han hecho de estos riesgos, siendo algunas de las más acertadas las siguientes:

Carlos Gide considera cinco: enfermedad, vejez, muerte, accidente profesional y paro forzoso.

Rubínow los agrupa en: enfermedad, vejez, accidente profesional, paro, invalidez y muerte.

Bonilla Marín los clasifica en tres grandes grupos:

- a) los que producen incapacidad temporal: accidentes, enfermedad, maternidad, paro;
- b) los que producen incapacidad permanente: invalidez, vejez;
- c) los que producen la extinción del asegurado: viudedad, orfandad.

Agrega este autor una apreciación referente a la naturaleza de los riesgos y afirma que "el riesgo puede ser objetivo y subjetivo; el primero hace referencia a circunstancias de carácter aleatorio, que dependen de fenómenos de naturaleza o, en todo caso, son independientes de la voluntad humana; el segundo hace relación a la mayor o menor posibilidad de realización del riesgo teniendo en cuenta la diligencia, moralidad y otras circunstancias del asegurado". Esta diferenciación está en pugna con la definición del riesgo, ya que ésta dejó establecido que se trata de un hecho fortuito, mientras que aquí vendría a desvirtuarse tal afirmación al pretender que los riesgos pueden en ciertos casos depender de la voluntad humana.

González Posadas clasifica los riesgos en la siguiente forma: accidentes de trabajo (comprendiendo dentro de ellos a las enfermedades profesionales), paro forzoso, enfermedad (incluyendo en ésta a la maternidad), invalidez, vejez y muerte.

A grandes rasgos, se dejan a continuación esbozados los conceptos referentes a cada uno de los riesgos citados:

Accidentes de trabajo: Se entiende por tales aquéllos que se producen en ocasión y por causa del trabajo; el trabajo es la causa, el accidente el efecto; debe producirse, por lo tanto, durante la tarea y en el lugar del trabajo. Sin embargo, existe la tendencia a ampliar este concepto, llegando a incluirse dentro de los accidentes de trabajo los que se producen cuando los trabajadores se dirigen de su domicilio

al lugar de la tarea o viceversa.

Enfermedad profesional: Puede considerarse enfermedad profesional la que se contrae en el ambiente en que se trabaja y que tiene su origen en el mismo trabajo. La diferencia entre enfermedad profesional y accidente de trabajo es algo sutil, que se presta a distintas interpretaciones.

Pare forzoso: Consiste este riesgo en la inactividad en que involuntariamente caen los trabajadores en ocasiones en que por razones de orden demográfico, económico, político, etc., se ven privados de trabajar. La dificultad en esta clase de riesgos consiste en determinar cuándo el paro es forzoso y cuándo es voluntario.

Enfermedad: Riesgo del cual me ocuparé especialmente en este trabajo, incluye todas las afecciones físicas, aún las producidas por accidente, que no tengan como origen o causa el trabajo. En Gran Bretaña se le denomina "seguro de salud". Se encuadra en él el riesgo de maternidad, por ser sus consecuencias económicas similares.

Invalidez: Generalmente, se le define como la "incapacidad general de trabajo", aunque también podría tomarse en un sentido más estricto, considerando invalidez la incapacidad física o la incapacidad profesional.

Vejez: Desde cierto punto de vista, nunca podría decirse que la vejez es un riesgo, sino al contrario, considerarla como una meta a la que todos deseáramos llegar: es obtener el derecho al descanso. Desde el punto de vista econó-

mico, vejez es riesgo, pues trae aparejada la disminución o pérdida de la capacidad para el trabajo, y en este sentido puede considerarse como una forma de invalidez.

Muerte: Incluye este riesgo dos clases de consecuencias económicas: a) las que provienen de los gastos de luto, entierro, etc. y b) las ocasionadas por la pérdida del salario del trabajador fallecido.

Como puede observarse, los efectos cubiertos por los seguros sociales en todos los riesgos nombrados, se refieren siempre a la pérdida o disminución del salario del trabajador, por lo que autores modernos sostienen frente a todas las clasificaciones hechas, que en la vida del trabajador se puede considerar un solo riesgo: aquél que ocasiona la pérdida del jornal. Consideran dichos autores que las clasificaciones anteriores que sostienen la pluralidad de riesgos, están basadas en las causas que los ocasionan, mientras que la segunda tesis tiene en cuenta la consecuencia única de todo riesgo cubierto por el seguro social, a saber: la pérdida del jornal.

Efectivamente, sea que el trabajador enferme, muera, deba permanecer inactivo, etc., la consecuencia económica será siempre una: disminución o pérdida del salario.

La importancia de esta clasificación radica, sobre todo, en el hecho de que según se considere uno o varios riesgos, se implantará uno o varios seguros sociales, con sus cálculos actuariales completamente distintos en uno u otro caso.

Hay otra manera de considerar los riesgos socia-

les, doctrina sustentada por Manes y que él llama horizontal. Manes no toma en cuenta el origen o la causa que ha ocasionado el hecho, sino las consecuencias de tal hecho, en todas sus manifestaciones. Por ejemplo, producido el accidente, no se estudia si fué ocasionado o provocado por el trabajo, ni si hubo negligencia por parte de la víctima, sino que toma en consideración los gastos ocasionados por la curación de la misma, los días que debe permanecer inactivo y, por lo tanto, sin jornal, los medicamentos adquiridos, etc.

CLASIFICACION DE LOS SEGUROS SOCIALES:

Hay varios criterios para clasificar los seguros sociales:

1) Teniendo en cuenta la naturaleza del riesgo:

Sobre este punto, recordemos que hay quien sostiene que, aún siendo variadas las causas del riesgo, éste es siempre el mismo y consiste en la pérdida o disminución del salario; -criterio sustentado por Rusia en su legislación-; en general, se admite la pluralidad de riesgos, sobre cuya base se clasifican en la siguiente forma: profesionales (accidentes de trabajo, enfermedades profesionales), fisiológicos (enfermedad no profesional, maternidad, invalidez, vejez, muerte), y económicos (paro forzoso).

Los avances en las distintas legislaciones han dado cabida en las mismas a nuevos riesgos, como la familia numerosa, cubierta por el salario familiar.

2) Teniendo en cuenta los efectos que los riesgos producen:

Incapacidad temporal (accidentes, maternidad, enfermedad, paro); incapacidad permanente (invalidez, vejez) y extinción del asegurado (viudedad, orfandad).

3) Por el carácter con que las leyes establecen el seguro:

Voluntario y obligatorio, según tengan libertad de asegurarse o estén obligados a hacerlo. Obligatoriedad que no incumbe tan solamente al asegurado, sino también a la institución aseguradora, "pues ésta no puede dejar de realizar algunos de los seguros que le están encomendados por tratarse de un mal riesgo u otra causa análoga" (Bonilla Marín).

SEGUROS LIBRES Y OBLIGATORIOS:

Comentando la clasificación anterior de seguros libres y obligatorios, sería útil aclarar que esta división no se basa precisamente en la intervención o no intervención del Estado en el régimen de los seguros sociales, dado que, según el concepto que de los mismos se dió, queda entendido que, en el sentido estricto de la palabra, para ser considerados como seguros sociales, se sobreentiende la intervención del Estado en los mismos.

Hecha esta aclaración y siguiendo con la clasificación aludida, se consideran como seguros sociales libres o voluntarios aquéllos en que el trabajador queda en libertad de asegurarse o no. Por su parte, son obligatorios cuando el trabajador no puede desligarse de esa protección que se le ofrece, sino que debe asegurarse.

En cuanto a la obligatoriedad por parte del Estado, hay quien considera que en el seguro libre, el Estado también tiene la facultad de elegir entre los riesgos menos gravosos.

Existe una tercera posición o régimen, llamado de "libertad subsidiada", donde el trabajador es libre de asegurarse o no, mientras el Estado tiene obligación de participar en todos los riesgos, o mejor dicho, en todos los casos.

Naturalmente, las primeras manifestaciones de los seguros sociales (si es que pueden considerarse tales), se produjeron en la forma de seguros libres. El Estado ayudaba a veces a las sociedades mutualistas cuando las cargas resultaban demasiado gravosas. Más adelante, se fué notando la insuficiencia de estas sociedades para cubrir los riesgos, por lo que algunos estados crearon una organización más amplia para proteger a sus trabajadores, pero si bien "participan de la responsabilidad de los riesgos de todos", los trabajadores quedan, por su parte, en libertad de asegurarse o no.

Los primeros países que adoptaron el sistema de libertad subsidiada fueron Bélgica, España, e Italia, por lo cual este sistema fué llamado "latino".

En cuanto al sistema de los seguros sociales obligatorios, Alemania fué el primer país que lo ensayó en el año 1883, con su ley de seguro de enfermedad, por lo cual este sistema se conoce con el nombre de "germano".

Uno y otro sistema tienen sus defensores, aunque

en los últimos años, la opinión general se ha inclinado a favor de los seguros obligatorios por las razones que a continuación se exponen.

El seguro libre tuvo sus partidarios entre los que sostenían que encierra una mayor virtud educativa; asimismo, sostienen que los seguros libres son una manifestación de la solidaridad humana y de la responsabilidad que los individuos sienten frente al propio porvenir y al de sus familias.

Tropieza, en cambio, este sistema con el inconveniente de la imprevisión que suele reinar entre una gran masa de la población y que, por lo tanto, se resiste a prevenir futuros riesgos.

Los seguros sociales obligatorios o forzosos, presentan en su favor las ventajas derivadas del evitar que se produzcan desigualdades en las cargas patronales de una misma industria; en este sistema nadie se verá desamparado en el momento en que el riesgo se produzca, pues su posible falta de previsión habrá sido salvada por su obligatoriedad.

En cuanto a la faz financiera del asunto, lógicamente el seguro obligatorio ofrece bases mucho más firmes, desde que, abarcando a todos los individuos sujetos al mismo riesgo, compensa entre ellos los acontecimientos buenos y malos.

Puede agregarse en su favor, que cuanto mayor sea el número de casos cubiertos, tanto más se acercará a la realidad la probabilidad calculada para estimar la prima.

En el año 1908 se reunió en Roma el Congreso Internacional de Seguros Sociales, en cuyo seno se defendió

salurosamente el seguro obligatorio, fallándose definitivamente en favor de la obligatoriedad. Desde entonces, las legislaciones nacionales siguieron esta tendencia, acentuándose la misma después de la guerra de 1914-18. En la actualidad, podría decirse que la casi totalidad de los países que han incorporado a su legislación algún seguro social, lo han hecho sobre la base del seguro obligatorio.

SALARIO:

En cuanto a la pérdida del salario, podría hacerse aquí una aclaración sobre concepto de "salario" y su aplicación a los seguros sociales.

En derecho llamamos "salario" a la remuneración del trabajo prestado a otra persona en forma dependiente o subordinada. Surge, pues, de este concepto, que para que exista salario, es necesario que exista el trabajo realizado para un tercero; además, así como el trabajo es el origen, la causa de ser del salario, también puede afirmarse que constituye su medida. De donde la obligación del patrono de abonar los salarios, depende de la contraprestación del trabajo por parte del obrero. Consecuencia: el trabajador que ha realizado su trabajo tiene derecho a exigir el pago del salario proporcionado a ese trabajo que efectuó.

Ahora bien, pasando al campo de los seguros sociales, y recordando que su finalidad es "prevenir el infortunio de las clases trabajadoras cuando por causas involuntarias se ven privadas de ganarse el sustento", puede decirse que el concepto de salario tal como se ha visto más arriba no tiene

aplicación y veamos por qué: cuando un trabajador debe acogerse a los beneficios que le brindan los seguros sociales, es precisamente cuando por causas involuntarias debe suspender el trabajo; al desaparecer el trabajo, desaparece por definición el salario. ¿A quién debe, entonces, el obrero, reclamar la indemnización que le acuerda un seguro social, si ya ha dejado de depender del patrono? "La facultad de reclamar por los servicios prestados se agotó con la justicia del salario, y más allá no cabe retribución". ¿Cómo es que el salario ha sobrepasado los límites de la justicia del trabajo y ha invadido la jurisdicción de los seguros sociales? Para contestar esta pregunta hay que tener presente que si en la justicia del trabajo el salario es la remuneración de un servicio prestado, desde el punto de vista del trabajador, es su medio esencial de vida, de donde, por esa razón el salario pasa a ser elemento básico dentro de la justicia social.

Siguiendo este razonamiento, puede sostenerse la siguiente hipótesis: el obrero es el que vive de su trabajo (convertido en salario); este obrero, como hombre que es, tiene derecho a ciertas condiciones mínimas de bienestar en su vida; por lo tanto, el salario no debe medirse únicamente por la productividad o rendimiento del trabajador, sino también por sus necesidades esenciales. De ahí la implantación del salario mínimo, salario familiar, etc.

Esta idea del salario como medio de hacer frente a las necesidades esenciales, viene a convertirse en la base de los seguros sociales. El salario vital debe cubrir los gastos presentes y los riesgos futuros; para obligar al obrero a guardar esa parte del salario con que debe cubrir los ries

gos futuros, se le deduce la misma de los pagos actuales, separándose el producido de su trabajo en dos partes: la primera, efectivamente percibida, y la segunda, retenida por el patrono a título de salario diferido. Este salario diferido va a ir formando precisamente el fondo con que se hará frente, en el momento oportuno, a los riesgos cuyos daños azoten al trabajador y de los cuales se quiso salvaguardar.

SEGUNDA PARTE.-

SEGURO DE ENFERMEDAD

GENERALIDADES

Visto el panorama general de los seguros sociales, entraré ahora a ocuparme en forma especial del seguro de enfermedad.

La palabra "enfermedad", según la Real Academia Española, significa "alteración más o menos grave de la salud del cuerpo animal".

Esta alteración trae generalmente como consecuencia la privación o disminución de la capacidad de trabajo, y por lo tanto, dificultad para que el enfermo se gane la vida.

No debe confundirse "enfermedad" con "invalidéz" (conceptos aclarados en el punto "Riesgos Cubiertos" del presente trabajo).

La enfermedad, si considerada individualmente trae consecuencias desastrosas, con mucha mayor razón si la analizamos desde el punto de vista social, es decir, teniendo en cuenta la sociedad afectada. Dejando de lado sus consecuencias que podríamos llamar "higiénicas", y que es fácil reconocer, también las tiene y en gran escala de orden económico, al impedir al asalariado desempeñar sus tareas y, por lo tanto, obtener el jornal. Asimismo, es digno de tenerse en cuenta la asistencia que toda enfermedad requiere para que la persona afectada vuelva a su equilibrio de salud, asistencia que se traduce en gastos por parte de los enfermos que muchas veces no

están en condiciones de soportar.

Desde el punto de vista de las causas sociales que por distintas razones producen la enfermedad, se consideran dos grandes grupos: aquellas afecciones producidas por el propio trabajo o derivadas de él, y las que tienen su origen en las perturbaciones generales de la salud.

Las primeras tienen muchos puntos de contacto con los accidentes de trabajo, y generalmente se estudian y reglamentan conjuntamente. Las segundas deben considerarse en un capítulo aparte y de ellas me ocuparé en adelante.

Siendo los trastornos originados por la enfermedad tan graves para los individuos así como para la familia y la sociedad, es lógico que se haya tratado de subrir a la masa contra ese riesgo, que suele ser el fantasma más temido de las clases asalariadas. Es así que en muchos países se ha ido estableciendo el seguro de enfermedad, generalmente con carácter obligatorio, para aquellos individuos que carecen de otros medios de vida fuera del recurso de su trabajo.

El seguro de enfermedad es tan importante, que "se lo considera actualmente como un factor indispensable para el desenvolvimiento de una política sanitaria eficaz, puesto que no se limita a curar al enfermo, a atender al individuo en el restablecimiento de su capacidad, sino que desenvuelve una política en materia de higiene que repercute, naturalmente, sobre el enfermo, pero también, en forma muy directa, sobre la masa" (González Posadas).

Naturalmente, debe lucharse contra las plagas

sociales, pero las enfermedades no siempre pueden evitarse, por lo que debe tratarse, entonces, de atenuar sus consecuencias. Esta es la misión del seguro de enfermedad.

En las clases económicamente débiles, la privación del salario de un miembro de la familia por causa de enfermedad, suele ser un problema grave, pues esta carencia del salario va acompañada de un exceso de gastos por asistencia médico-farmacéutica. Si el afectado es el jefe y sostén del hogar, el problema se transforma de grave en pavoroso. En base a la tesis de Le Play, siendo la familia la célula de la sociedad, está en interés de ésta el evitar los desastres en aquélla.

A pesar de su importancia y de su repercusión en bien de la colectividad, ha sido el seguro de enfermedad uno de los últimos en abrirse paso en la legislación de los países, teniendo que tropezar con múltiples obstáculos, sobre todo en aquéllos donde se ha organizado en base a la obligatoriedad (que es la forma más conveniente para esta clase de seguros); obstáculos surgidos de las sociedades que explotan comercialmente el seguro, de las mutualidades, y hasta de prejuicios o malosentendidos por parte de los mismos facultativos. El Dr. González Galé cita a Erwing Liek, médico de Dantzic, el cual en su libro "Les méfaits de l'Assurance Sociale", critica la forma en que están organizados los seguros sociales, considerando que los mismos convierten a una cantidad de médicos en funcionarios a sueldo, que descuidan el estudio de la medicina, ejerciéndola en forma mecánica y sin interés, sistema que resulta muy oneroso para la sociedad.

También se han suscitado muchas discusiones acerca de la bondad u oportunidad de este seguro, formándose dos corrientes contrarias: la primera impugna y critica este seguro, basándose en que el mismo favorece la predisposición de los asegurados a la pereza, tentándolos a fingir enfermedades para no concurrir a su trabajo; en que los médicos ejercen la profesión en forma rutinaria sin detenerse a estudiar los casos que se presentan y también en la pérdida de tiempo que para los facultativos representa el atender casos sin importancia.

En contra de esas opiniones, está quien sostiene la utilidad que este seguro representa para los asegurados, especialmente para la clase económicamente más débil; la tranquilidad que para esta clase representa el saberse defendido en cualquier momento contra esas plagas, y también, el beneficio que representa para la colectividad el que todos sus miembros se encuentren protegidos en esa emergencia, sin necesidad de recurrir a la caridad pública.

Esta tesis segunda es la que parece haber triunfado, sobre todo en las últimas épocas, en que tantos países han establecido el seguro de enfermedad por sendas leyes.

Casi todas las legislaciones modernas han implantado el seguro de enfermedad obligatorio, por ser ésta la forma más racional y conveniente. El seguro voluntario de enfermedad subsiste en algunos países como complemento del primero, para aquellas personas que, percibiendo entradas superiores a un límite fijado, estiman conveniente protegerse contra esos riesgos, o para ciertas profesiones no comprendi

das en la respectiva ley.

Las leyes de seguro de enfermedad suelen comprender, por tratarse de un problema similar, el riesgo de maternidad.

El seguro de enfermedad, va desenvolviéndose en el transcurso del tiempo en forma creciente, es decir, que su radio de acción es cada vez más amplio. En este sentido, cabe distinguir tres períodos durante los cuales este seguro ha surgido como una novedad casi diría revolucionaria, hasta llegar a su fase actual, en que las legislaciones están más o menos a un mismo nivel.

El primer período de su desarrollo abarca la organización de instituciones cuya finalidad era indemnizar simplemente a los asegurados por la falta de salario durante el proceso de la enfermedad. Es decir, el asegurado no recibía asistencia médica ni farmacéutica ninguna, ni siquiera a ayuda pecuniaria para conseguir tales auxilios. Como puede apreciarse, no cumple así el seguro de enfermedad su misión integral dentro de la sociedad, ya que las consecuencias de ese riesgo no se limitan solamente a la privación de un salario, sino también a ciertos gastos provocados por la necesidad de adquirir medicinas o pagar los honorarios del médico.

Por ello, en una segunda etapa, este seguro cubre ya las consecuencias apuntadas considerando "la capacidad de trabajo perdida como un bien económica", y trata de recuperar la misma, llegando aún más lejos en su afán de salvaguardar la sociedad contra posibles pérdidas, y proporciona medicamentos y asistencia también a los miembros de la fa

milia del asegurado.

Ahora bien, en su tercer período, el seguro de enfermedad va aún más lejos al ampliar su campo de acción a la prevención de las enfermedades o, por lo menos, a que una vez producidas, no se propaguen, acción como se ve, preventiva, que completa la finalidad de tan importante seguro.

En este sentido se ha debido orientar su acción también hacia los sanos, para evitar que éstos enfermen; de ahí que en Inglaterra el seguro de enfermedad se ha dado en llamar "seguro de salud".

En diciembre del año 1948, se calculaba en 150 (ciento cincuenta) millones el número de personas mundialmente beneficiados por el seguro de enfermedad.

Los países cuyos legisladores han comprendido este problema en forma integral y han dictado las leyes respectivas, se han visto grandemente favorecidos en el bienestar de la población, sea con el decrecimiento de sus índices de morbilidad y mortalidad, con una adecuada orientación sanitaria, con una buena evolución demográfica, con el establecimiento de normas de higiene, disminución de enfermedades sociales, etc.

Ya hemos apuntado que la forma más conveniente de implantación del seguro de enfermedad es la que lo hace obligatoriamente, por las razones expuestas en otro capítulo (Ver "Seguros Libres y Obligatorios", pag. 11). También se anotó que casi todos los países que incorporaron a su legislación el seguro de enfermedad, lo han hecho en forma obligato-

ria. Sin embargo, el porcentaje de asegurados aún es pequeño: en Inglaterra, por ejemplo, abarca el 77 % de la población laboriosa, y en Alemania, el 62 %. En relación con la población total, representan más o menos el 32 a 35 %.

El primer país que implantó el seguro de enfermedad fué Alemania, imponiéndolo en forma obligatoria bajo el gobierno de Bismark, por ley del 15 de junio del año 1883, favoreciendo en aquel entonces a 40 (cuarenta) millones de asegurados. Muchos son los países que siguieron sus pasos en esta importante materia, aunque no inmediatamente. En capítulo aparte de este trabajo, se consignan todos los países que hasta el presente tienen establecido el seguro de enfermedad, anotando la fecha de las respectivas leyes, así como los principales puntos de las mismas.

ANTECEDENTES HISTORICOS

Los seguros sociales, tal como se nos presentan hoy día, son una institución de carácter bien moderno. Pero no por ello dejaré de decir que no son en su objeto una innovación, pues desde las épocas más remotas encontramos sociedades, instituciones, etc., cuyo fin es el de ayudar al necesitado.

Naturalmente que muchas, muchísimas de esas asociaciones son producto de la caridad o, mejor dicho, se instituyen con miras a que el económicamente mejor dotado ayude al económicamente débil; la fuerza motriz de las mismas -que generalmente surgieron a la sombra de la Iglesia Católica-, fué y es ese espíritu de solidaridad y fraternidad humana que considera a la luz del Evangelio, a todos los hombres como "hijos de un mismo Padre".

Si repasamos los conceptos ya vertidos sobre seguros sociales, observamos que el móvil de esta moderna institución es también el "atender las necesidades de ciertas clases sociales", por lo que podríamos ver en aquellas asociaciones de corte caritativo un antecedente si no próximo, por lo menos remoto de aquéllos.

"¡Ay del solo que cuando cayere no tiene quién le levante!" (Eclesiastés, Cap. IV, vers. 10). Esta frase, pronunciada hace tantos siglos, contiene el principio y fundamento de ese espíritu de sociabilidad y solidaridad humana que

"Es la capa que cubre su ánimo de luchar contra la miseria, su deseo de verse consolado en su dolor y su afán de proteger al débil o al afligido prescindiendo de parte de sus caudales o confortándole en los momentos de la máxima tensión de su desgracia". (López Aranda).

La lucha contra la enfermedad arranca de los primeros siglos de la historia. Cuando aparecen los rudimentos de la sociedad, es decir, cuando el hombre comienza a agruparse, aparecen también los esfuerzos sociales para librarse del sufrimiento.

Según las épocas de la historia en que han visto la luz, las asociaciones voluntarias de los hombres han revestido distintas características. Cuando la vida del hombre era sencilla, la industria era rudimentaria o aquél se dedicaba casi por entero a "la noble tarea de la guerra"; cuando su religiosidad era profunda y la base de la vida, las asociaciones se caracterizaron por cobijarse siempre bajo esa religión, siendo ella el móvil de la ayuda en la pobreza o la desgracia. España, por ejemplo, ve nacer sus "Cofradías" siempre a la sombra de alguna parroquia o monasterio y bajo la advocación de algún santo. Todas ellas nacen con un fin de ayuda mutua, más o menos diferente y así, por ejemplo, podemos encontrar entre sus manifestaciones de solidaridad social, la de velar el cadáver, "dar a comer a pobres o para luminarias o soterrar muertos ... e si algún cofrade enfermase o non oviese de qué se mantener, denle los cofrades alguna ayuda con que se mantenga hasta que sane o fine", etc.

La cofradía española más antigua de que se con-

servan sus estatutos es la de Santa Cristina de Tudela, nacida a la sombra del Monasterio del "Summo Portus", a principios del siglo XII.

Según López Aranda, la palabra "cofradía" deriva del vocablo latino "confrater" y del griego "fratris", que significan "congregación, asociación o reunión estable de personas que, viviendo como hermanos, adoptan una ley particular que están obligados a cumplir para ejercitarse o practicar en cierto ministerio o cometido".

Las cofradías españolas podrían considerarse como derivaciones de ciertas instituciones romanas de carácter social, que aparecieron con miras a la ayuda mutua, como los "collegia tenuiorum", los cuales eran instituciones muy semejantes a las cajas de socorro modernas, donde los obreros contribuían con cuotas mensuales, con el objeto de que al morir, sus familias recibieran ayuda en sus primeras necesidades. Hay quien afirma que en tiempos de Trajano existían ya estas asociaciones, a juzgar por una carta que le enviara el procónsul de Bitinia, Plinio, donde le manifestaba que ya había cumplido su mandato, prohibiendo las "heterias" de cristianos, palabra griega que significa "cofradía" o "compañía".

La primera tabla de mutualidad data de los primeros siglos de nuestra era, pues fué hecha en tiempos de Ulpiano.

A la par de estas primeras manifestaciones y encerrándose en los límites de sus respectivos estados, aparecen los "erandi" o "eranos" griegos, para ayudar a los necesitados, las Cajas Funerarias del Imperio Bizantino, así

como instituciones para indemnizar la pérdida de los ganados entre el pueblo hebreo, o ayudar a los enfermos en Egipto.

La característica de estas asociaciones es la falta de división entre los distintos oficios, como consecuencia lógica de su nacimiento; siendo instituciones que se desarrollaban a la sombra de alguna parroquia o monasterio, generalmente estaban compuestas por individuos de dicho territorio, sin distinción alguna de actividad o profesión.

Recién a principios de la Edad Media empiezan a perfilarse algunas manifestaciones de asociación sobre la base de la clasificación por gremios o actividades, y así aparecen las "maestrías" en Francia, "Arte" en Italia, "Guildas" en Escandinavia, "Zanto" en Alemania y los "Cuerpos" en Bélgica.

En Francia, el Rey San Luis mandó formar lo que se llamó el Registro de Oficios, donde se consignaron más de cien.

En España, al aparecer el Municipio como entidad de administración pública, se empezaron a dictar leyes de policía sanitaria, fiscal, técnica, etc., perfilándose más netamente los límites de cada profesión, desde que para un mismo oficio se presentaban los mismos problemas y necesidades; por otra parte, los Municipios comenzaron a tomar sobre sí ciertos actos de asistencia y previsión social, reemplazando poco a poco a las Cofradías en este aspecto, por lo que éstas fueron quedando reducidas a asociaciones meramente religiosas.

Como consecuencia de todo ello, surgieron los Gremios, entendiéndose por tales a las asociaciones que agrupan personas de la misma profesión u oficio ("Gremio", del latín "Gremium": de la misma profesión u oficio).

También el Gremio es institución que busca eminentemente la previsión social, donde las necesidades de los agremiados se presentan más o menos bajo un mismo aspecto.

Los gremios no fueron instituciones privadas de algún país, sino que fueron generales, existiendo hasta en Arabia y habiéndose desarrollado en forma extraordinaria en Flandes y Lombardía.

Surgieron estas asociaciones como una necesidad social, a medida que la Cofradía fué perdiendo terreno en este campo, y aparecieron como una consecuencia y al amparo de éstas, sustituyendo a las mismas en cuanto a las actividades de orden social, sean de previsión o de ayuda mutua.

En términos generales, puede decirse que su finalidad consistía precisamente en unir las personas de una misma profesión o de un mismo oficio, con el objeto de ayudarse mutuamente, salvaguardar y defender los intereses comunes, reglamentar sus distintas actividades, prever las contingencias a que podían verse sometidos, etc., fines todos ellos que podrían reunirse en estas dos palabras: seguridad social.

Naturalmente que con un campo de acción tan extenso, y en su afán de ensancharlo más todavía, llegaron en oportunidades a rozar la autoridad de los poderes públicos, los que por su parte, con el andar del tiempo, fueron multiplicando las disposiciones referentes a reglamentaciones de oficios y profesiones y también limitando las atribuciones de aquéllos; de donde su propia granjeza los llevó en cierta forma a su decadencia progresiva.

Económicamente, el Gremio funcionaba sobre la base de recursos obtenidos, entre otros, de las cuotas o contribuciones periódicas de los afiliados, la renta de las posesiones y propiedades, el producido de la venta de obras maestras, derechos de entrada, de exámenes, etc.; con ello se formaba el capital del gremio, con el cual hacía frente a sus erogaciones producidas especialmente por gastos de socorros prestados a los afiliados, préstamos, compra de herramientas, etc.

Decadente el Gremio, aparecen instituciones algo parecidas, aunque no exactas ni en sus fines ni en su constitución. En España, por ejemplo, las Hermandades quisieron reemplazar al Gremio y a la Cofradía, pero orientadas más bien hacia el campo político, descuidaron los fines de carácter social.

En resumen, podemos ver en esas instituciones verdaderos antecedentes de nuestros seguros sociales, consistiendo generalmente su acción económica en los aspectos siguientes: auxilio en caso de muerte, fuera pagando el entierro o ayudando a los deudos; auxilio en la enfermedad, bien con dinero o bien con asistencia en hospitales u otras formas (haciéndose ya la distinción entre accidentes de trabajo y enfermedad natural); auxilio en la vejez o invalidez, auxilio en la maternidad, etc.

Naturalmente, su organización era bien distinta de los seguros sociales modernos; así, al asociado raramente se le cobraba una cuota fija, sino que se repartía entre todos y a posteriori la necesidad que se pretendía cubrir, des-

tinando el importe íntegro de las cuotas así obtenidas al cumplimiento de sus fines, no existiendo cuotas adicionales para gastos de administración, impuestos, etc.

Nacieron después los Montepíos y toda la gama de sociedades mutuales y, más adelante, las compañías o sociedades de seguros que, sobre la base del cobro de una prima determinada que varía según los riesgos, se comprometen a indemnizar al asegurado en caso de producirse el daño.

En el siglo XV, el seguro cobra un gran desarrollo, apareciendo más o menos en esa época las primeras legislaciones que regulaban esa nueva forma de comercio. El seguro de vida se vió ampliamente favorecido con la aparición de la primera tabla de mortalidad, que corrigió sus bases matemáticas.

A la par de este desenvolvimiento del seguro como contrato comercial, siguen apareciendo leyes que ya en forma obligatoria o facultativa, establecen distintas clases de ayuda a los desvalidos, ayuda que generalmente subsidiaban e sostenían los propios gobiernos.

En Inglaterra, las primeras manifestaciones de servicio social propiamente dicho, aparecieron en 1550, en forma de asistencia a pobres, viejos y enfermos, estableciéndose instituciones para recoger limosnas destinadas a débiles e inválidos y durante los siglos XVI y XVII se dictaron las leyes de Pobres, encomendando a cada parroquia el sostenimiento de los mismos, instituyendo asilos, etc.

El auge del maquinismo, a la par que las doc-

trinas individualistas, trajeron como consecuencia la aparición de un número enorme de asalariados, cuyos recursos eran insuficientes para cubrir sus necesidades. A raíz de esta apremiante necesidad, aparecen al promediar el siglo XIX, algunas leyes que, tímidamente, tratan de abrirse paso en ciertas legislaciones, protegiendo, sobre todo, a los trabajadores mineros y navieros que se consideraban como los empeñados en tareas más riesgosas. Al mismo tiempo se desarrollaba el establecimiento de sociedades mutualistas que trataban de poner a cubierto de riesgos a sus asociados. Pero, naturalmente, estas sociedades privadas no alcanzaban muchas veces a indemnizar los daños, sobre todo cuando se trataba de cubrir riesgos más caros o más prolongados. Por esta y otras razones, se fué haciendo cada vez más necesaria la intervención del Estado, que así lo comprendió en muchos países, desde fines del siglo pasado hasta nuestros días.

No quiere decir esto que la acción privada sea ineficaz. "La acción del Estado, paralela a la de la sociedad, ...no supone la supresión, ni aún la reducción de la libre actividad voluntaria de los grupos sociales, sino que ambas formas de acción cooperan amigable y generosamente (F. López Valencia).

En realidad, puede darse como punto de partida para el establecimiento de los seguros sociales propiamente dichos, la ley alemana del año 1883, sobre seguro de enfermedad. A partir de entonces, se han ido desarrollando en gran forma en distintos países, y puede decirse que hoy en día ninguna nación carece, sea en una u otra forma, de alguna ley relativa a seguridad social.

CAMPO DE APLICACION

Es interesante conocer cuál es y cuál debe ser el campo de aplicación del seguro de enfermedad, es decir, cuáles deben ser las personas que dicho régimen comprenda. Esta cuestión es, en realidad, difícil de determinar en forma general, pues más bien suele transformarse en problemas de orden interno dentro de cada país. Las legislaciones nacionales estudian, entonces, las distintas situaciones a que pueden estar sujetos los súbditos de ese país, resolviendo el problema según las circunstancias que lo abonen.

De todas formas, lo ideal sería que todos los individuos estuviesen asegurados contra todos los riesgos. Sin embargo, en la práctica ninguna legislación tiene tan vastos alcances, haciéndose distintas clasificaciones que se traducen en el establecimiento de diversas categorías de asegurados, o bien en la exclusión de cierta clase de personas.

Sobre este punto, cabe hacer una aclaración preliminar: se trata de delimitar el campo de aplicación del seguro de enfermedad, haciendo la diferenciación entre "asegurados" y "beneficiarios".

Llamaré "asegurados" a todos los individuos comprendidos en el campo de aplicación de la respectiva ley, y a los cuales los beneficios del seguro les corresponden por derecho propio.

"Beneficiario", en cambio, serán las personas que reciban ciertos beneficios del seguro, por depender de

*con el...
de...
...*

una manera u otra del asegurado (generalmente los familiares del asegurado).

ASEGURADOS:

Teniendo en cuenta que el seguro de enfermedad se establece, generalmente, en forma obligatoria, corresponde delimitar sobre quién pesa esa obligatoriedad.

Un criterio bastante generalizado considera como persona asegurable solamente al trabajador, cuyo único medio de vida es el producto de su trabajo. Es de hacer notar que aún dentro de esta tesis, estaría la que sostiene que sólo los asalariados podrían ser sujetos del seguro, y la que incluye, además, a los trabajadores independientes.

En forma general, puede afirmarse que las legislaciones de los distintos países en materia de previsión social, agrupan a los individuos económicamente débiles, que constituyen el grupo que más necesita ayuda de la sociedad, dejando para el seguro voluntario el otro sector de la población, cuyos recursos son mayores.

El concepto de individuos "económicamente débiles", suele estar ligado a la situación de aquéllos que realizan trabajos en relación de dependencia hacia un patrón, es decir, obreros, empleados, servidores domésticos, etc.

Es necesario, empero, que la legislación de cada país fije en forma categórica quiénes deben ser afiliados

obligatoriamente al seguro de enfermedad y para quienes queda librada a su propio albedrío esa situación.

Poquísimos son los países que han incluido en un seguro obligatorio de enfermedad a todos sus habitantes sin distinción: Gran Bretaña (determina la prestación de asistencia médica a todos los residentes, no así la indemnización Monetaria); Islandia (todos reciben las prestaciones, aunque no todos cotizan), y Suecia (para los mayores de 16 años).

Para circunscribir el campo de aplicación de este seguro social, se suele tomar como base alguna o todas las circunstancias siguientes:

- a) Recursos económicos;
- b) categoría de trabajos;
- c) edad;
- d) sexo;
- e) nacionalidad;
- f) lugar donde realizan el trabajo;
- g) capacidad de trabajo;
- h) permanencia en el trabajo.

a) Recursos económicos:

Algunos países determinan el límite de obligatoriedad del seguro de enfermedad fijando entradas tope, excedidas las cuales, los obreros o empleados o simplemente los trabajadores que las perciben, quedan en libertad de asegurarse o no.

El criterio seguido es siempre el mismo: salvar por medio del seguro contra las contingencias económicas de la enfermedad a aquellos individuos de entradas más exiguas o justas en cuyo presupuesto incidirían de una manera demasiado onerosa los gastos que exige la atención de una enfermedad, y también, y sobre todo, evitar el riesgo de que no se pueda hacer frente a los mismos por la privación de las entradas al suspenderse temporariamente el trabajo. (En realidad, el seguro de enfermedad va más lejos y, no parándose en la mera indemnización económica, suministra al asegurado cuidados médicos y farmacéuticos, medicinas, hospitalización, etc., como se verá más adelante, cumpliendo así la segunda fase de su misión en la sociedad, cual es la de velar por el pronto restablecimiento de sus trabajadores).

b) Categorías de trabajos:

La Oficina Internacional del Trabajo considera que "los nuevos sistemas de seguridad de medios de subsistencia pueden dividirse en tres grupos, según se apliquen: a) a todos los individuos; b) a todos los que ejerzan actividad profesional y personas a su cargo; y c) a una categoría más limitada de la población".

Aparentemente, la diferencia en número de asegurados entre el primero y segundo sistema, sería relativamente pequeña, desde que en la actualidad es pequeña, y cada vez va siendo menor, la cantidad de personas "desocupadas voluntariamente"; pero esta diferencia es fundamental en cuanto a la forma de concebir la ayuda que debe prestar el seguro de

enfermedad; encarado desde el primer punto de vista, tiende a asegurar a todos los individuos medios económicos suficientes para una subsistencia mínima; en el segundo caso tiende a asegurar a cada trabajador valores iguales a los representados por su trabajo.

En cuanto al tercer grupo, incluye las legislaciones que amparan a una determinada y bien delimitada porción de la población, por ejemplo, agricultores, gente de mar, obreros de la industria, etc.

Esta manera de clasificar la población para los seguros sociales, obedece a que cada gremio presupone riesgos especiales o, mejor dicho, que los mismos riesgos no se presentan con la misma intensidad en todas las profesiones y oficios

Hay ciertas categorías de trabajadores, que sea por su naturaleza, sea por la dificultad de controlar sus entradas, condiciones de vida, etc., han sido excluidos durante mucho tiempo de los sistemas de seguros de enfermedad y aún hoy día se mantiene en muchas legislaciones esas excepciones, o no se las incluye dentro del programa general de los seguros sociales, sino que se dictan leyes especiales. Así, por ejemplo, los agricultores: son varios los países que mantienen un sistema separado para todos o algunos de ellos (Austria, Francia, Hungría e Italia), basándose en que las condiciones de vida y trabajo y las remuneraciones son muy distintas de las de los trabajadores urbanos.

Por su parte, Cuba, Ecuador, Grecia, India, México, Yugoslavia y Venezuela, excluyen explícitamente en su respectiva ley a los trabajadores agrícolas.

Los pescadores tienen sistema especial de seguro social en la legislación portuguesa.

El servicio doméstico se halla frecuentemente exceptuado, aunque la tendencia más moderna es ir equiparándolo en todos sus derechos sociales a los otros trabajadores. A continuación, figuran los países que explícitamente han excluido al servicio doméstico del seguro de enfermedad: Bélgica, Ecuador, Grecia, India, Méjico, Paraguay, República Dominicana (durante los tres primeros años de trabajo), Venezuela y Yugoslavia. Perú tiene organizado un seguro voluntario para esos trabajadores.

Los empleados públicos solían estar excluidos antes de la guerra, del campo de aplicación general, pues se consideraba que ya gozaban de una protección equivalente en sus propios sistemas, siguiéndose este mismo principio de exclusión para la gente de mar, mineros y ferroviarios, que en muchos países gozaban de protección especial. Los empleados públicos están excluidos en las siguientes legislaciones: Irlanda, Méjico, Holanda (trabajadores permanentes del gobierno), Paraguay y Venezuela. Tienen sistema propio de seguro de enfermedad en: Argentina (maternidad), Brasil y Portugal.

Las personas que trabajan por cuenta propia, suelen presentar un verdadero problema de aplicación al campo del seguro de enfermedad, fado que es difícil, cuando no imposible, poder establecer sus entradas y, por ende, sus cotizaciones. A pesar de ello, la tendencia de los últimos años es la de incluir en el régimen a estas personas, sobre todo en lo que se refiere a los cuidados médicos, hospitalización,

etc. Naturalmente, es difícil obligar a una cantidad considerable de individuos al pago regular de sus cotizaciones, de donde al dejar librado el pago a su propia decisión, el seguro se convierte de obligatorio en voluntario.

A este respecto, el Plan Beveridge sostiene que "la limitación del seguro obligatorio a las personas que trabajan de acuerdo con un contrato de servicios y por debajo de una cierta remuneración, cuando se trata de trabajo no manual, es una seria falla. Muchas personas que trabajan por su cuenta, son más pobres y tienen más necesidad del seguro del Estado, que los empleados; el límite de remuneración para los empleados no manuales, es arbitrario y no toma en cuenta las obligaciones de familia".

Cabría, por último, destacar una categoría de personas que recién en muy pocos sistemas aparecen: son las mujeres que se ocupan del hogar. Aparte de ello, casi todas las legislaciones extienden los beneficios del seguro de enfermedad y maternidad a la esposa del asegurado, si bien es cierto que el asunto es muy otro: entre las mujeres que se ocupan del hogar, puede haberlas solteras, viudas o esposas de no asegurados, en cuyo caso recibirían las prestaciones por propio derecho y como aseguradas.

c) Edad:

Es frecuente encontrar en muchas de las actuales legislaciones, límites máximos y mínimos de edad fuera de los cuales el seguro de enfermedad no rige. ¿A qué responde esa limitación? ¿Es que los niños y los ancianos no se enferman? ¿Es que su enfermedad no pesa? La razón de esta limita-

ción reside en el carácter de infemización que se le atribuye a los seguros sociales. Sabemos que son ellos quienes atienden a "necesidades producidas por pérdida, disminución o insuficiencia del salario". Ahora bien, se considera que, por regla general, ni el anciano ni el niño perciben salario, o si lo hacen, es en pequeña escala, pues generalmente no trabajan; por lo tanto, la enfermedad que sufran no produce disminución ni pérdida de aquél.

Otra causa por la cual los ancianos son excluidos del seguro de enfermedad, es considerarlos como beneficiarios del seguro de vejes. Es frecuente que las legislaciones determinen la exclusión del asegurado como beneficiario de un seguro social, en el momento que comienza a percibir los beneficios de otro seguro social.

Si bien lo dicho es cierto, no hay que olvidar que la enfermedad no es tan solamente la privación de una remuneración, sino también la causa de erogaciones extraordinarias en el presupuesto familiar, erogaciones producidas por la adquisición de medicinas, honorarios a los médicos, gastos de hospitalización, etc., razón por la cual muchos países no tienen en cuenta límite alguno de edad.

Gran Bretaña, considerando ambas situaciones, otorga las prestaciones médicas a cualquier edad y las prestaciones en dinero a los empleados de 16 a 65 años y empleadas de 15 a 60 años.

Los países que limitan la edad del asegurado obligatorio contra el riesgo enfermedad son:

Argentina (maternidad): Entre 15 y 45 años;
 Costa Rica: menores de 65 años;
 Dinamarca: entre 14 y 60 años;
 Francia: mayores de 14 años, para agricultura;
 Islandia: entre 16 y 67 años;
 Irlanda: entre 16 y 70 años
 Italia: entre 14 y 65 años, para el comercio;
 " : entre 12 y 65 años, para la agricultura;
 " : entre 14 y 60 años, seguro contra la
 tuberculosis;
 Nueva Zelandia: entre 16 y 65 años;
 Noruega: mayores de 15 años;
 Perú: menores de 60 años; y
 Portugal: entre 14 y 50 años.

Los límites medios mínimos y máximos para poder gozar de los beneficios del seguro de enfermedad, se fijan en los 15 y 60 ó 62 años, respectivamente, es decir, que se toma el comienzo y el fin de la vida económicamente productiva.

En la realidad, varían estos límites de una a otra región del mundo, de acuerdo a factores raciales, climáticos, etc., que hacen variar la iniciación y término de esa vida.

d) Sexo:

El sexo, si bien no suele tomarse en cuenta para asegurar a los trabajadores contra enfermedad (salvo maternidad, cuyos riesgos de por sí presuponen esta distinción), es

muchas veces la base de distinción para las edades mínimas y máximas de la obligatoriedad.

e) Nacionalidad:

La tendencia de las modernas legislaciones con respecto a la nacionalidad, es la de no tomarla en consideración a los efectos de la aplicación del seguro de enfermedad y de los seguros sociales en general; hay países que para asegurar a sus trabajadores extranjeros, se basan en los tratados de reciprocidad, que pudieran estar en vigencia con el país de origen del posible asegurado.

f) Lugar donde realizan el trabajo:

Puede ser motivo de excluir cierta categoría de trabajadores, la dificultad que para el control pueda ofrecerse en ciertos casos, como por ejemplo, en los trabajadores a domicilio o los trabajadores agrícolas.

g) Capacidad de trabajo:

Puede citarse esta condición como causa de exclusión, desde que el régimen de los seguros de enfermedad sólo debe admitir personas que en ese momento puedan trabajar, es decir, que no puede incluir a los que ya han caído en el riesgo asegurable.

n) Permanencia en el trabajo:

Esta circunstancia, es a veces tomada en consideración, no midiendo la antigüedad de una persona en su trabajo, sino la misma índole del trabajo que hace distinguir a los asalariados en los que trabajan en forma permanente y aquéllos que lo hacen durante lapsos más o menos cortos; y que son los que Bonilla Marín en su libro "Teoría del Seguro Social", llama "trabajadores eventuales".

BENEFICIARIOS:

Dentro del tópico titulado "Campo de Aplicación", he incluido dos clases de individuos a quienes denominé "asegurados" y "beneficiarios". Es cierto que el asegurado se asegura precisamente para poder ser un día beneficiario, para llegar a tener derecho a recibir las prestaciones establecidas, pero, por eso mismo, por sobreentenderse que es beneficiario por propio derecho, lo he agrupado agrupado en el primer subtítulo, reservando el segundo para las personas que, no contribuyendo a la formación de los fondos del seguro de enfermedad, o no siendo aseguradas por derecho propio, perciben algunas o todas las prestaciones, por estar económicamente a cargo del asegurado.

Generalmente, las legislaciones respectivas suelen establecer a quiénes se considera como beneficiarios, concordando en incluir en este grupo a los esposos, hijos menores de edad, padres y hermanos menores de edad. Desde luego que, para poder irrogarse el derecho de beneficiarios, hay que probar que se vive a expensas del asegurado.

Las prestaciones que reciben estos beneficiarios, como más adelante veremos, suelen ser las mismas que las que corresponden a los asegurados en lo que se refiere a asistencia sanitaria en general, no así en lo relativo a indemnización en dinero, que no suele reconocerseles.

RIESGOS CUBIERTOS

El seguro de enfermedad, establecido sobre la base de los seguros sociales, cubre los dos riesgos siguientes: enfermedad y maternidad.

ENFERMEDAD:

Ya dije que se entiende por enfermedad la alteración de la salud del cuerpo. Este concepto no es suficiente para la aplicación del seguro, desde el momento que puede confundirse con la invalidez. Según León Lattes, "la enfermedad es un proceso morboso en curso de evolución, mientras que la invalidez es un estado patológico estabilizado, con resultado inmutable de debilitación o falta anatómica o funcional". Es necesario dejar bien sentado uno y otro concepto porque las legislaciones sociales establecen un seguro especial para cada uno de estos riesgos, considerándolos distintos en sus consecuencias. En efecto: el trabajador que sufre una enfermedad, la soporta por un tiempo más o menos largo pero limitado, y al cabo del mismo, puede volver a desempeñar el mismo trabajo y ganar igual salario que antes de enfermarse. Su capacidad física, pasado ese proceso, vuelve a la normalidad sin disminuirse.

La invalidez trae aparejadas consecuencias mucho más duraderas, y casi todas ellas perduran hasta la muerte del inválido. El que a consecuencia de un accidente

o de un proceso patológico cualquiera sufre, por ejemplo, la pérdida de un brazo, un ojo, etc., no pueden las más de las veces, volver a su anterior tarea, teniendo que contentarse con otra más fácil y también con menor remuneración.

El seguro de enfermedad cubre la falta del salario durante el proceso de la misma, durante las prestaciones un plazo prudencial o lo que dure la enfermedad, según los países; terminada la enfermedad, terminan las prestaciones. El seguro de invalidez, cubre la diferencia entre el salario percibido antes de sufrirla y el que puede obtenerse en el segundo estado.

A veces, la distinción entre enfermedad e invalidez se hace difícil de determinar; por ejemplo, en caso de parálisis poliomielítica, es dificultoso saber cuándo termina la enfermedad y cuándo empieza la invalidez.

Este problema, que aparentemente no tiene importancia, la tiene en realidad y grande, ya que por lo general son distintas las cajas que soportan uno y otro seguro, y también porque las prestaciones de ambos suelen ser incompatibles.

Las leyes suelen salvar este escollo fijando plazos máximos para percibir las prestaciones del seguro de enfermedad.

A continuación se transcribe el artículo 24 de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, realizada el 10 de diciembre de 1948, para recalcar la importancia que debe darse a la protección del riesgo enfermedad

en la sociedad moderna:

"Artículo 24: Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otro modo de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad".

La salud de los individuos debe considerarse no solamente como punto de interés particular, sino también de interés social.

Con este criterio, el seguro de enfermedad debe ser lo más amplio posible; no debe limitarse al propio asegurado, sino también abarcar su familia. Los enfermos deben ser acogidos en cualquier etapa de la enfermedad.

MATERNIDAD:

La maternidad no es en sí una enfermedad, no es "un proceso morboso en curso de evolución", pero por las consecuencias fisiológicas y económicas que acarrea, se equipara a la enfermedad, a los efectos de los seguros sociales.

La madre debe abandonar el trabajo durante un tiempo y, por lo tanto, no percibir el jornal justamente en la época en que más lo necesita, no sólo para sí sino para el nuevo ser que trae al mundo.

La Dra. Matilde Rodríguez Cabo, en su conferencia pronunciada en México en 1942 sobre el seguro social y la maternidad, asegura que la mortalidad de los recién nacidos o en las primeras semanas de vida es enorme, señalando, entre otras, como causas principales, el excesivo trabajo de la madre durante el embarazo, falta de descanso antes y después del parto y, muy especialmente, la falta de asistencia médica y de cuidados higiénicos en ese momento.

Todas las causas enumeradas son insalvables cuando la madre cuenta con escasos recursos y no puede abandonar su trabajo para asistirse debidamente. Sólo el seguro de maternidad puede salvar esa situación.

La mortalidad materna, que también es elevada por las mismas causas, es atemperada con los beneficios del seguro. En efecto, el seguro de maternidad, permite aún a las madres de muy escasos recursos, asegurarse: en primer lugar, el descanso necesario antes y después del parto, pues el seguro le suple económicamente el jornal que deja de percibir; los cuidados higiénicos y atención necesaria en clínicas especializadas con que cuentan los países donde funciona el seguro; los alimentos adecuados para el niño y, muchas veces, hasta el ajuar necesario para el bebé.

La Convención de Washington del 29 de octubre de 1929, ratificada en septiembre de 1933 por la República Argentina, establece "el derecho de toda mujer, casada o no, de abandonar su trabajo mediante la presentación de un certificado médico que declare que el parto se producirá probablemente dentro de seis semanas. Y no le será permitido tra-

bajar durante las seis semanas que siguen al alumbramiento".

También dispone la aludida Convención que se le provea durante este tiempo de una suma que se fijará en cada país, para su manutención y la del niño, además de la atención gratuita por parte de un médico o de una partera.

No se mire este seguro como solución individual para una madre pobre, sino en sus proyecciones hasta la sociedad entera, y se verán los beneficios que acarrea, dado que facilita la disminución del número de abortos por exceso de trabajo de la madre, así como también ayuda a recuperarse antes de reiniciar el trabajo. Asimismo, eleva el nivel físico de los recién nacidos.

El seguro de maternidad ha tenido muy buena acogida entre las mujeres de todo el mundo, que en general, han comprendido sus alcances y, sobre todo, han palpado sus beneficios.

RECURSOS ECONÓMICOS

Los seguros sociales, por ser "sociales", benefician, en realidad, a la colectividad; por lo tanto, debería ser esa colectividad la que aportara los recursos económicos necesarios para hacer frente a las prestaciones.

En la práctica, puede decirse que esto se cumple, pues de una manera u otra, la sociedad entera en un país colabora en la formación de los recursos, colaboración que presta sea abonando una imperceptible diferencia en los precios a que adquiere los bienes, sea pagando mayores impuestos, etc.

Se da por sentado, entonces, que todos los miembros de una colectividad participan indirectamente en la formación de los recursos económicos de los seguros sociales. Corresponde ahora establecer quiénes deben soportar, en forma directa, estas cargas.

Salvo excepciones, se considera que son tres los elementos que deben contribuir: el propio asegurado, el patrono y el Estado. (A estos recursos, es menester sumarle el importe que en concepto de intereses se obtenga, como más adelante se verá).

La cotización del propio asegurado, criticada muchas veces, se hace en cierta manera necesaria como una necesidad psicológica, pues de esta manera, además de acostum-

brar al trabajador a la práctica del ahorro y previsión, le da conciencia de que no está recibiendo un beneficio procedente de la asistencia social o de la caridad, sino algo que ha adquirido con su propia contribución. Por otra parte, se forma en esa responsabilidad de solidaridad social.

La contribución del obrero se considera como un salario diferido, es decir, parte del valor de su trabajo que, en lugar de recibirlo inmediatamente, pasa a formar un fondo de previsión para futuras contingencias.

Naturalmente que la sola cotización de los trabajadores sería insuficiente para cubrir los gastos del seguro, caso que, generalmente, su salario apenas alcanza para cubrir necesidades actuales sin quedar un margen razonable para poder pensar en el futuro.

Si el obrero tuviera los medios suficientes para satisfacer íntegramente la prima, los seguros sociales no tendrían razón de ser, pues todos los riesgos podrían ser cubiertos por los seguros privados. Por ello se hace necesaria la contribución estatal y patronal en la formación de esas primas.

La cotización estatal se justifica, ya que el Estado tiene que velar por el bienestar de sus súbditos. En tal sentido, debe contribuir a soportar las cargas que un riesgo ha determinado sobre alguno de esos súbditos; con mayor razón si se trata de asalariados, desde que no tienen otro medio de subsistencia más que lo que ganan con su propio trabajo.

Sostienen también algunos autores que la coti-

zación del Estado debe realizarse porque con la implantación de los seguros sociales, el Estado se ve aliviado en la atención de ciertas funciones de asistencia a los enfermos, ancianos, etc.

Por otro lado, y basándose en el criterio de que la intervención del Estado podría acarrear ciertos elementos políticos que no debieran existir, están los que opinan que no debe aceptarse la cotización estatal, tesis poco difundida en la práctica.

La cotización del Estado no debe forzosamente revestir la forma de contribución en la constitución de las primas; puede hacerse de diversas maneras, como por ejemplo, entregas globales para formar un capital, intervención en las prestaciones, en los gastos de administración, etc.

Por último, la cotización patronal, que comenzó en el seguro de accidentes de trabajo, es hoy ampliamente aceptada e impuesta en casi todas las legislaciones para todos los riesgos. Se alega en su defensa que esa contribución patronal es una parte del salario que no se hace efectiva. Según Korkish "el salario no es sólo el precio del trabajo calculado según el número de horas que se emplean en el mismo, sino además, el único ingreso del pobre y, por lo tanto, el suficiente para sostenerlo en todos los períodos de inactividad en que se pueda encontrar".

También se alega en sostenimiento de la contribución patronal, que así como se forman reservas destinadas a la amortización del activo fijo, así también deben los patronos cuidar el "capital humano" y formar fondos destinados a su renovación (muerte), cuidado y conservación (enfer-

medad), etc.

No siempre se realizan los aportes en proporciones iguales por parte de los tres elementos que cotizan. Esa proporción depende de muchos factores, que deben ser estudiados en cada país para implantar la respectiva ley.

La Conferencia Internacional del Trabajo patrocina el sistema de la triple contribución. Aunque son muchas las legislaciones actuales que han aceptado este sistema, quedan algunos países que por razones diversas y para ciertos riesgos forman otras combinaciones para la integración de sus recursos económicos.

Para el seguro de enfermedad, muchos son los países que admiten la triple contribución, aunque no todos.

Son siete los países donde el asegurado no debe contribuir: Albania, Hungría, Italia, Rionia, Rumania, U.R.S.S. y Turquía. En cuanto a los otros, suelen tomar como base de contribución un tanto por ciento sobre los sueldos o salarios percibidos, porcentaje que a veces está supeditado a una escala especial de categorías de trabajos o de entradas.

En algunos países la obligación de contribuir está supeditada a la inclusión en los beneficios, la cual se limita a las personas de exiguas entradas. En otros países, como Dinamarca, por ejemplo, ocurre lo contrario: se exige de la contribución a las personas de sueldos más bajos.

Los porcentajes de contribución son tan variables, cuanto distintas son las condiciones de vida de cada país y aún de cada región; de menos del 2 %, llegan en o-

tras legislaciones hasta el 14 % de las entradas y aún más.

En Gran Bretaña la ley determina varias escalas sobre las categorías de trabajos y dentro de cada una de ellas, fija cotizaciones distintas para hombres y mujeres adultos, y hombres y mujeres menores de 18 años, escalas que también alcanzan a las contribuciones del empleador y del gobierno.

La contribución del empleador es la que aceptan el mayor número de países. Solamente cuatro países no la establecen: Dinamarca, Japón ("Seguro Nacional de Salud"), Suecia y Suiza. En Islandia, el empleador sólo contribuye con la cuota de los aprendices.

La base de esta contribución, es generalmente los sueldos y salarios abonados por los patronos, sobre los cuales se fijan porcentajes variables; como en las contribuciones de los asegurados, también suelen establecerse categorías de sueldos y salarios, correspondiendo a cada categoría una contribución distinta.

Otra forma de determinar la cotización patronal es tomar en cuenta las entradas de los patronos.

Por último, las contribuciones estatales todavía son algo resistidas; es así que hay trece países donde no se las incluye como obligación; estos países son: Albania (excepto como empleador), Chile (ley de trabajadores asalariados), Austria, Francia, Alemania (zona soviética), Alemania (zona occidental), Grecia, Hungría, Italia, Holanda, Polonia, Portugal y Yugoslavia (excepto como empleador).

Estas contribuciones estatales revisten distintas formas. Algunas legislaciones las determinan en sumas fijas por cada asegurado; otras, en cambio, las relacionan con los sueldos y salarios de los asegurados, contribuyendo el respectivo Estado con un tanto por ciento sobre dichos sueldos y salarios. Una tercera forma destina para ese fin el producto de determinados impuestos. Pero la forma más corriente de la cotización estatal, es la que hace pesar sobre el presupuesto público todo o parte del costo de las prestaciones hechas a los asegurados, sin tener en cuenta las entradas ni las contribuciones de ellos ni de los empleadores.

Los fondos obtenidos en las tres formas anteriores (contribución del asegurado, del patrono y del estado), hasta tanto llegue el momento de su utilización realizando las prestaciones, no se mantienen improductivos, sino que se colocan en inversiones de fácil realización, generalmente en la compra de títulos. Estas inversiones producen intereses que van a sumarse a los fondos ya formados. Para determinar las cuotas a abonarse por parte de los tres contribuyentes, es necesario tener presente este factor tan importante, que llega a sumar cuantiosos importes.

P R E S T A C I O N E S

La indemnización económica o beneficios que prestan los seguros sociales una vez producido el riesgo, constituyen las prestaciones.

Las prestaciones son, entonces, el fin para el cual fueron instituidos dichos seguros; por lo tanto, el problema de su determinación es arduo. Al decir de Manes, "el examen comparativo de las particularidades económicas y jurídicas de los diferentes ramos del seguro social en todos los países, gira en torno a este punto esencial: el problema de las prestaciones".

En efecto, para el establecimiento de las prestaciones, débense tener presentes circunstancias de diversa índole, como por ejemplo, la situación económica del beneficiario, el salario que ha dejado de percibir al producirse el riesgo, el aumento de gastos que el mismo ha podido traer aparejado, y también si debe limitarse el beneficio de las prestaciones al propio asegurado o debe extenderse también a las personas a su cargo.

En la actualidad, se tiende generalmente a incluir entre los beneficiarios de los seguros sociales a la familia del asegurado, aunque no en la misma proporción.

Suelen clasificarse las prestaciones en: prestaciones en dinero y en especie, y se podría agregar una tercera categoría: las prestaciones en servicios.

En las primeras, el beneficiario recibe una suma de dinero de una sola vez, o en forma de cuotas, sean éstas temporales o vitalicias. La implantación de la forma en que se hace la entrega, depende, generalmente, del riesgo sufrido.

Las prestaciones en especie estarían representadas, por ejemplo, por la entrega de medicinas, alimentos, etc.

Por último, las prestaciones en servicios son las que se realizan mediante ciertos actos, como por ejemplo, la atención médica, reeducación de un inválido, etc.

Otra clasificación interesante de las prestaciones es la que se refiere al fin de las mismas, separándolas en las de índole preventivo y las de orden reparador. Las primeras constituyen un elemento que ayuda a evitar la realización del riesgo, como sería por ejemplo, el examen médico periódico, para evitar una enfermedad. Las segundas, en cambio, "tienden a hacer desaparecer o atenuar las consecuencias del riesgo producido".

Para poder gozar de los beneficios de los seguros sociales, es decir, para tener derecho a las prestaciones, suele establecerse, en general, un plazo mínimo de afiliación durante el cual el asegurado paga su prima, sin poder cobrar la indemnización ni recibir el servicio, aunque se haya producido el riesgo. Este plazo es variable, según el riesgo de que se trate.

Asimismo, y a los efectos de evitar abusos,

suele establecerse un plazo después de producido el riesgo, durante el cual el asegurado no puede gozar de los beneficios del seguro. Esta espera, cuya aplicación se limita a las prestaciones en dinero, reviste dos formas, según los casos y las legislaciones: por la primera forma, la indemnización estará a cargo del asegurador desde el momento en que expira el lapso de espera. En la segunda forma, la obligación de la institución aseguradora durante ese plazo, está latente y adquiere toda su fuerza si pasado ese plazo continúa el daño, teniendo que indemnizar al beneficiario con retroactividad al momento de producirse el riesgo.

El establecimiento de la segunda forma tiene por objeto el evitar abusos y simulaciones y, asimismo, facilitar la comprobación de los hechos durante esos días.

Estos períodos de espera suelen no pasar de tres o cuatro días.

Otro problema relativo a las prestaciones, es el que se refiere a la cuantía de las mismas; hay quien sostiene que ellas deben cubrir el daño sufrido por el asegurado en forma tal que su situación económica no sufra desmedro por la acción del riesgo producido.

La segunda opinión es la que sostiene que las prestaciones nunca deben alcanzar las entradas que por causa del riesgo el beneficiario dejó de percibir, para evitar de ese modo posibles abusos, simulando riesgos que no se han producido o que han sido menores de lo que se aparenta.

Naturalmente que el ideal sería que los seguros

sociales cubrieran los daños en forma total, es decir, íntegramente las pérdidas económicas sufridas, pero esta solución es muy difícil de llevarla a la práctica, pues son muchos los factores, sobre todo de orden psicológico, que conspiran en su contra.

Entrando de lleno en el tema relativo a prestaciones en los seguros de enfermedad, podrá verse que la primera etapa de estos seguros consistió simplemente en indemnizar la pérdida del jornal, es decir, se limitaba su función a las prestaciones en dinero. Más adelante, a este aspecto del seguro de enfermedad, se agregó lo relativo al tratamiento de la enfermedad, y comenzó a dársele a ambos aspectos la misma importancia; así es como comenzaron a implantarse las prestaciones en especie, bajo forma de medicinas y, sobre todo, la asistencia médica, que cumple parte de las prestaciones en servicios.

La revista "Archivos de la Secretaría de Salud Pública", (Buenos Aires, diciembre 1948), considera que en la actualidad los seguros de enfermedad deben cumplir cinco funciones bien delimitadas que son:

- a) subsidiación o indemnización;
- b) reparación;
- c) rehabilitación;
- d) prevención; y
- e) servicio social familiar.

Las primeras de las funciones citadas son comunes a casi todos los países que poseen leyes de seguros de enfermedad. Las últimas representan, en realidad, un paso más

adelante dentro de las conquistas sociales, y no todos los pueblos están en condiciones de adoptarlas.

PRESTACIONES EN DINERO:

Todos los países (menos dos: Japón y Panamá) que tienen implantado el seguro de enfermedad, han adoptado como una forma de prestaciones, la entrega al asegurado de una suma de dinero con objeto de suplir en todo o en parte el jornal perdido. (En Japón también se estipula esta prestación, pero tan sólo como reembolso parcial de la asistencia médica. En Panamá no se concede sino en el caso de muerte del asegurado, como reembolso de los gastos funerarios).

Muchas legislaciones toman como base de cálculo para las prestaciones en dinero, el salario percibido por el obrero en el momento de producirse la enfermedad; otras, (las menos), determinan cuotas fijas a entregar a los asegurados. El primero de los sistemas es más lógico, porque no hay que olvidar que los seguros sociales tienden a suprimir las consecuencias de un riesgo en toda su intensidad; en nuestro caso, tendría que permitir al asegurado poder mantener su nivel de vida durante el transcurso de su enfermedad.

La cuantía de este tipo de prestaciones es muy variable. Aún dentro de la regla general de tomar como base para el cálculo el salario que se deja de percibir, no coinciden las distintas legislaciones, ni mucho menos, en la parte de ese salario que se determina como prestación.

Pueden encontrarse tasas de menos del 50% del

salario hasta las que llegan al 100% de las entradas. En forma general, puede decirse que el mínimo para un seguro de enfermedad es de un 50 % del jornal durante veintiseis semanas, plazo que puede alargarse, según las circunstancias.

Cuando el seguro cubre el 100 % de las entradas que han dejado de percibirse, existe el grave peligro de la simulación; el trabajador, seguro de que seguirá percibiendo sin trabajar su jornal íntegro, puede llegar a simular una enfermedad o prolongación de alguna ya curada.

Por otra parte, si la indemnización otorgada no alcanza a cubrir el salario perdido, el seguro de enfermedad no cubre su función íntegra como seguro social.

Para salvar estos inconvenientes, es de imperiosa necesidad que la asignación en efectivo se combine con la asistencia médica, que además de su misión curativa, tendrá la de controlar la veracidad de los hechos.

Los beneficios en efectivo raramente se otorgan a los asegurados por tiempo indeterminado; la ley respectiva fija los plazos máximos que varían de un país a otro, aunque en forma muy general podríamos decir que oscilan alrededor de las veintiseis semanas.

Los seguros sociales suelen excluirse entre sí, de modo que cuando un asegurado comienza a percibir el seguro de vejez, invalidez, etc., automáticamente el seguro de enfermedad deja de otorgar su beneficio a dicha persona; por lo tanto, puede decirse que la duración de las prestaciones de cada seguro está también supeditada a la no existencia de las pres-

taciones de otro seguro.

Sobre las prestaciones en dinero habría que agregar algo que en sí no encuadraría dentro de los seguros de enfermedad y que, sin embargo, muchas legislaciones lo contienen como un complemento de aquél; se trata de ciertas sumas otorgadas a los familiares, después de la muerte del enfermo asegurado. A estas sumas se les da el carácter de indemnización del costo del entierro, por lo que en muchos países fijan su monto en dicho costo; otros, en cambio, determinan una suma fija.

PRESTACIONES EN SERVICIOS Y EN ESPECIES:

Siendo, en realidad, de distinta naturaleza, estas dos categorías de prestaciones se incluyen dentro de un mismo punto, desde que ambas se complementan entre sí.

Las prestaciones en servicios, dentro de los seguros de enfermedad, corresponden a la asistencia médica prestada a los asegurados, como asimismo la asistencia hospitalaria, la atención en institutos de rehabilitación, casas de convalecencia, etc.

Por su parte, las prestaciones en especie están representadas, en primer lugar, por las medicinas que el seguro suministra a los enfermos asegurados, y también por otros elementos como serían, por ejemplo, aparatos ortopédicos, piezas odontológicas, anteojos, etc.

Desde las primeras épocas de la historia hasta

nuestros días, la medicina ha sufrido cambios tan fundamentales, que con esfuerzo podemos incluir en una misma ciencia los principios sustentados y aplicados en los primeros siglos y en el siglo XX.

La profesión de médico es antiquísima, aunque en sus rudimentos apareció más bien como la consecuencia de ciertos poderes sobrenaturales que creían poseer algunos hombres, como los brujos o los hechiceros. Con el correr del tiempo se fueron perfilando sus caracteres de ciencia y, más adelante, fué tan hondo su contenido, que podemos afirmar que una sola persona no puede abarcar todas sus ramas en forma integral, por lo que se hizo necesaria la especialización. Por todo ello, el trabajo de un médico resulta cada vez más oneroso, de donde las personas que viven del producto de sus jornales, no pueden distraer parte de éstos para costearse su atención médica.

El seguro de enfermedad soluciona el problema, otorgando al asegurado la atención médica necesaria hasta que el enfermo esté en condiciones de reanudar su trabajo.

La Conferencia Internacional del Trabajo, reunida en 1944 en Filadelfia, por primera vez después de estallar la guerra, adoptó una Recomendación donde se determinan bases y principios sobre asistencia médica, que servirían de guía a los Estados miembros de la Organización Internacional del Trabajo, en sus esfuerzos para que sean cada vez menores los grupos de población que carezcan de ella.

El apartado 44 de dicha Recomendación expresa:
"El optimum de asistencia médica debería hacerse fácilmente

disponible a través de una organización que asegure la mayor economía y eficacia posibles, por medio del aporte conjunto de conocimientos, personal, equipo y otros recursos, así como por el estrecho contacto y colaboración entre todos los miembros de la profesión médica y profesiones conexas y los otros organismos que colaboren en el servicio".

El asunto de la asistencia médica en los seguros de enfermedad, ha sido bastante discutido, sobre todo en lo referente a la organización de la misma, así como a las medidas que deben tomarse para evitar abusos. Es el caso de la crítica que hace de los servicios médicos el Dr. Liek, sosteniendo que los médicos se convierten en simples funcionarios a sueldo. Sin embargo, la función del médico es tan importante en estos seguros, que no puede prescindirse de ella sin riesgo de desvirtuar la acción de tal seguro, la cual no debe limitarse a la simple indemnización económica, sino que debe llegar a prestar al asegurado toda la atención necesaria para su restablecimiento.

Una de las formas más efectivas de lucha contra las enfermedades, es combatir la ignorancia, instruyendo al pueblo sobre los errores del curanderismo, y tratando de evitar que empleen esos métodos a veces hasta ridículos; para ello, nada mejor que brindar a ese pueblo ignorante la oportunidad de consultar facultativos y someterse a tratamientos científicos que contribuyan a su restablecimiento. Para hacer más efectiva esta medida, las instituciones aseguradoras podrían negar el subsidio a aquellos asegurados que no quisieran someterse a un tratamiento médico racional.

El aspecto de las prestaciones médicas es de una importancia enorme, y para abarcarlo en toda su amplitud, es menester partir del concepto de que la salud es un asunto de interés social y no tan solamente individual. Por lo tanto, es necesario comenzar por extender el campo del seguro de enfermedad a la familia de los asegurados. Muchas son las legislaciones que han seguido este criterio y que extienden las prestaciones a las personas que económicamente dependen del asegurado, como después se verá.

Pero aún esta ampliación del campo de las prestaciones no es suficiente; es necesario no limitar las mismas a la simple reparación del daño, es preciso que el seguro de enfermedad organice y mantenga una constante acción preventiva para llegar, si no a suprimir, por lo menos a disminuir el riesgo.

En resumidas cuentas, es conveniente mantener el criterio contenido en el proyecto de reforma de la ley chilena sobre seguro de enfermedad, entre cuyos puntos se contienen los dos siguientes:

- 1) Pesquisa del enfermo por el examen de salud en el núcleo familiar.
- 2) Servicio médico familiar.

De esta manera se llega a resultados mejores; en primer lugar, la eficacia del tratamiento será muy superior, desde que la afección se toma en sus principios; como consecuencia de este tratamiento precoz, se obtendrá una máxima y más rápida recuperación, disminuyendo desde luego el número de muertos y también de lisiados. Todo ello, abonado con el

aislamiento requerido en caso de enfermedades contagiosas, contribuirá a disminuir los costos del seguro.

El seguro de enfermedad debe ser tan amplio que no haga distinción de enfermedades; todas deben ser cubiertas por aquél. Naturalmente, puede establecerse cierto refuerzo en las cuotas para cierta clase de enfermedades, pero no deben dejarse sin indemnizar ni reparar.

Un problema evidentemente importante que se presenta, es el de fijar la lista de médicos cuya atención la institución aseguradora reconoce como válida. En muchos países, los médicos son funcionarios a sueldo que la administración del seguro nombra y a cuya atención deben someterse obligatoriamente los asegurados enfermos para tener derecho a las demás prestaciones.

En la actualidad se está imponiendo otro principio: el de la libre elección; en este sistema, todo médico puede inscribirse como asistente del seguro; de modo que el enfermo podrá hacerse atender por los facultativos que prefiera, previa inscripción como tal. Este sistema tiene la ventaja de que el asegurado puede hacerse atender por el médico de su confianza, factor psicológico que muchas veces influye poderosamente en el restablecimiento de cierto tipo de enfermedades. En cambio, presenta el grave inconveniente de que, tratándose de médicos conocidos o amigos del asegurado, pueden prestarse a otorgar "certificados de complacencia", donde atestiguan que se padece una enfermedad que en realidad no existe. Asimismo, se puede llegar a prolongar la enfermedad indefinidamente, sustrayendo de esa forma al asegurado a su obli-

gación de trabajar.

La Recomendación del año 1944 de la Conferencia Internacional del Trabajo, recomienda "la libre elección del médico y dentista dentro de un servicio organizado de asistencia médica; la asistencia de especialistas por recomendación del médico de familia, medios de hospitalización y servicios auxiliares; condiciones de trabajo adecuadas para los médicos y demás personal médico, sin restricción de la discreción profesional del médico, y la promoción y mantenimiento de un alto nivel de conocimientos y habilidad profesionales".

El principio de la libre elección del médico, fué reiterado por la Asociación Médica Mundial, en su Asamblea General celebrada en Ginebra en septiembre del año 1948.

Otro problema que también requiere atención especial, es el que se refiere a la forma de retribución que ha de adoptarse para el pago de los servicios profesionales.

Son varios los sistemas ensayados hasta ahora, que podrían resumirse en los siguientes:

1) Principio del salario:

Es el sistema que han combatido los médicos norteamericanos y del Commonwealth Británico. Consiste en determinar una remuneración fija por cada hora de trabajo, o bien una retribución fija mensual. Generalmente, los países que han aceptado este sistema, permiten a los médicos ejercer la profesión privadamente, fuera de las horas de trabajo en la entidad aseguradora. En América Latina y Asia, se ha adop-

tado este sistema.

2) Principio de la remuneración por el número de clientes:

Se fijan los honorarios médicos según el número de afiliados a la Caja y el término medio de enfermos en años anteriores.

En algunas zonas de Dinamarca y Países Bajos, se aplica este sistema de remuneración. En el Reino Unido, el asegurado puede anotarse en la lista del médico que elija. Sobre el número de inscriptos en cada lista, se calcularán los honorarios de cada médico, sin tener en cuenta los servicios prestados, ni las horas trabajadas.

3) Principio de honorarios por servicios:

Mediante este sistema se determina el pago de los honorarios médicos sobre la base del número de visitas o consultas realizadas.

Se conoce con el nombre de "bonsystem", el sistema consistente en entregar al médico un bono por cada enfermedad por él atendida; como puede apreciarse, cada enfermedad se considera como una unidad, quedando así equiparadas enfermedades graves, como por ejemplo una meningitis, con una simple gripe.

El "pointsystem" es más racional, desde que determina que se adjudique al médico un punto por cada intervención que haya realizado: visitas, consultas, inyecciones, etc.; en cambio, tiene el inconveniente de que equipara una difícil operación, por ejemplo, con una inyección.

Tanto en el bonssystem como en el pointsystem, se totalizan a fin de año los puntos o bonos adjudicados a cada médico, y sobre esa base, se estipulan los honorarios.

En Nueva Zelanda se fijó la suma de 7 (siete) shelines y 6 (seis) peniques por cada consulta o visita, Como generalmente los honorarios del médico exceden esta suma, se permite al médico cobrar al cliente la diferencia, lo que a su vez sirve de freno a la demanda de servicios médicos, ya que cuando son enteramente gratuitos para los asegurados, suelen abusar y solicitarlos innecesariamente.

Este principio de los honorarios por servicios, es el que asemeja más el sistema de asistencia médica de los asegurados con la asistencia médica privada.

4) Sistema de Leipzig:

Por último, podría citarse un sistema que participa de los caracteres de los anteriores, sin asimilarse a ninguno de ellos: es el sistema de Leipzig, donde se entrega al cuerpo médico el 50 % del monto de las cuotas recibidas, repartiéndoselas en proporción a los servicios prestados.

-Algunos institutos aseguradores, incluyen entre los beneficios las operaciones quirúrgicas, como complemento de la asistencia médica. Sería ideal que todas las Cajas pudieran hacer frente a dichas erogaciones, que suelen recargar en forma tan gravosa los presupuestos familiares de escasos recursos.

La hospitalización es otra forma de prestacio-

nes que incluyen casi todas las legislaciones. El soportar una enfermedad supone, además de los gastos que produce y de la atención médica requerida, otra clase de atención y de cuidados que por falta de los conocimientos requeridos o por falta de las comodidades adecuadas, no puede darse en el propio hogar del asegurado. Los sanatorios y hospitales modernos están dotados de una serie de elementos y de personal técnico que facilita y acorta el tratamiento. No se habla ya de situaciones extremas, como sería el caso de una intervención quirúrgica, donde la atención y la higiene del operado deben ser máximas.

Muchas veces, las instituciones aseguradoras no cuentan con hospitales o sanatorios, enviando entonces a sus asegurados enfermos, a instituciones oficiales o privadas, reembolsando los gastos de dicha hospitalización.

Tanto la atención médica como la hospitalización, suelen ser limitadas en su duración, pero es muy difícil poder determinar un término medio, ya que de un país a otro varía mucho ese plazo máximo. Cada país tiene en cuenta, al sancionar la respectiva ley, una serie de factores que pesan en la determinación de ese plazo máximo.

En realidad, el ideal sería que el seguro cubriera toda enfermedad sin límite alguno de tiempo, y esta parece ser la tendencia moderna a aplicarse en estos seguros.

Los cuidados de hospital, son en algunos aunque pocos países, completados con tratamientos en casas de reposo o de convalecencia, donde el que ha estado enfermo va a reponerse hasta llegar a su pleno restablecimiento, o bien

aquéllos que han quedado con su capacidad física disminuida, concurren a centros o institutos de readaptación.

En algunos casos, el seguro reembolsa a los pacientes los gastos de transporte al hospital.

Los exámenes de laboratorio y el cuidado de enfermeras en el hogar, completan en algunos países, las prestaciones en servicios, incluyendo otros servicios de rayos X, masajes, baños, inyecciones, etc.

Por último, los exámenes periódicos de salud, que muy pocos países han dispuesto en sus respectivas leyes, constituyen el paso más avanzado de los seguros de enfermedad, desde que encaran el problema en su faz preventiva, aspecto importantísimo que, como ya se vió, se traduce en una disminución de enfermedades entre los asegurados.

En cuanto a las prestaciones en especies, habría que nombrar, en primer término, los medicamentos, remedios, etc., que el enfermo necesita para sanar.

Todas las leyes de seguro de enfermedad incluyen este tipo de prestaciones, aunque no todas las establecen en la misma medida. Las más amplias ponen gratuitamente en manos del enfermo todos los medicamentos requeridos para su curación y cuya necesidad consta en las recetas expedidas por los médicos. En otros casos, se limitan a reembolsar una parte del costo de dichas medicinas, dejando el resto del mismo a cargo del propio enfermo asegurado.

El problema del monto de las prestaciones en especie, tiene similitud con el que se refiere a prestacio-

nes en efectivo; el otorgar el costo íntegro de las medicinas, equivaldría a cubrir el siniestro en toda su amplitud (en lo que a este punto se refiere), pero también podría prestarse a abusos. El reembolso de una parte del costo evita, en cierta medida, el hacerse recetar por médicos poco escrupulosos, medicinas innecesarias o costosas; en cambio, de esa forma el seguro de enfermedad no cumple íntegramente su función.

Es preciso que los médicos tengan verdadera conciencia en su profesión y que no se dejen convencer por los enfermos; en los seguros de enfermedad, el médico debe elegir siempre el medicamento mejor y más barato, aunque no sea el más agradable.

A este respecto, la Oficina Internacional del Trabajo, en el año 1934, recomendó que "a los médicos se les prohibiese recetar medicamentos de lujo, productos cosméticos y medicinas secretas; que, en igualdad de circunstancias, recetaran el medicamento más barato; que recetaran todo lo que fuera necesario y suficiente al enfermo, pero que, en lo posible, no sustituyeran la receta magistral por el específico, sino cuando éste fuera más eficaz y más barato".

Para evitar abusos se suelen preconizar las dos medidas siguientes:

1) El formar una lista de medicamentos, más o menos completa, de entre los cuales los médicos deben elegir para hacer sus recetas.

2) Obligar al asegurado a pagar una parte de

los mismos.

La larga serie de beneficios que presentan las leyes sobre seguro de enfermedad, se ven completadas en algunos países por distintos elementos que, en la generalidad, suelen ser costosos, tales como aparatos ortopédicos y también ciertos elementos de odontología, como dentaduras, etc.

PRESTACIONES DE MATERNIDAD:

Casi todas las leyes de seguros de enfermedad consignan entre sus disposiciones beneficios que deben otorgarse en caso de maternidad, considerando este riesgo, por sus efectos económicos y por los cuidados que requiere, como una verdadera enfermedad.

Nueva Zelandia y Portugal, son los dos países que no establecen prestaciones en efectivo para este riesgo, aunque sí determinan otras prestaciones; Irlanda no incluye prestaciones médicas ni en especies, pero fija una suma de £ 4 (cuatro) en efectivo; la ley brasilera del año 1936 (modificada en 1946) para la industria, no determina beneficios para maternidad; y por último, la ley sueca contiene un plan separado para ese riesgo. Los demás países determinan prestaciones en efectivo y en servicios, y algunas también en especies.

Los beneficios en efectivo en los seguros de maternidad suelen concretarse a las entradas de la madre durante seis semanas antes y después del parto, con la obliga-

ción de cesar en el trabajo durante ese lapso.

Algunas legislaciones fijan una suma máxima de la cual no pueden exceder estas prestaciones. España refuerza el plazo y la suma, cuando es un nacimiento múltiple.

Otro beneficio en efectivo que a veces se concede, es una suma que podría llamarse "prima de lactancia", destinada a la provisión del alimento del niño, que muchas veces se entrega en especie, así como también sumas globales destinadas a la compra del ajuar para el bebé, o directamente, la entrega de dicho ajuar.

En cuanto a beneficios médicos, cuentan las aseguradas con la atención pre y post-natal, así como también hospitalización y atención en el momento del parto, agregando a ello las medicinas que pudiera necesitar tanto la madre como el niño.

CONDICIONES NECESARIAS

Para poder gozar de las prestaciones, se requiere haber cumplido ciertas condiciones, variables según los países y según las prestaciones de que se trate.

La primera condición que imponen casi todas las leyes es una cierta antigüedad en el carácter de asegurado; en segundo lugar, el haber abonado un número determinado de cuotas.

La tendencia moderna es la de abolir toda clase de espera para los beneficiarios que reciban prestaciones médicas y en especie, no así para las prestaciones en dinero, pues las Recomendaciones de las Conferencias Internacionales del Trabajo justifican la exigencia de un período prudencial de espera y de las cotizaciones previas para la percepción de dichos subsidios.

Para maternidad, suelen requerirse también exámenes periódicos durante el embarazo.

El período de espera en caso de enfermedad es común a casi todas las legislaciones, entendiéndose por tal un lapso de varios días, durante los cuales el asegurado que ha caído enfermo, no tiene derecho a prestaciones en efectivo; a veces, el derecho de la prestación durante ese período, adquiere toda su fuerza al prolongarse la enfermedad, debiendo entonces la institución aseguradora indemnizar al asegurado

74

desde el momento que incurrió en el riesgo.

Para las prestaciones a los familiares del asegurado, suelen requerirse más condiciones, como límites de edad, el estar a cargo exclusivo del asegurado, etcétera.

-.-

INSTITUCION ASEGURADORA

La institución que tiene a su cargo la administración de los seguros sociales, debe ser un organismo intermedio, es decir, una persona jurídica independiente de obreros, patronos y estado, que reúna en sí misma todo lo referente a dicha administración y que se encargue de las prestaciones.

Las entidades aseguradoras generalmente suelen llamarse "institutos" y suelen tener toda suerte de atribuciones en lo que se refiere a estudio, preparación y orientación técnica de todos los problemas científicos relativos a los seguros que administran.

A la par de estos Institutos y dependientes de ellos, existen otras entidades de carácter meramente administrativo, que se limitan a las tareas de afiliación, recaudación de los aportes y suministro de las prestaciones. Estas entidades son llamadas "cajas".

Tanto en los Institutos como en las Cajas, están representados los obreros, los patronos y el Estado respectivo.

En cuanto a las Cajas, hay de tres tipos: Territoriales, Profesionales y de Empresa.

Las primeras abarcan a los trabajadores de una determinada zona; tienen la ventaja de que se llega a una me-

por compensación de riesgos, desde que existe una mayor agrupación física.

Las profesionales agrupan a los asalariados de una misma profesión u oficio; su ventaja radica en que todos sus asegurados sufren los riesgos en una misma intensidad, derivados de las mismas situaciones profesionales.

Las de empresa sólo abarcan a los individuos de una sola empresa. Son las menos económicas, pues por grande que sea una empresa, el número de afiliados no llega a ser tal como para contrarrestar los riesgos malos con los buenos.

Además, en una misma empresa, se concentran distintas categorías de trabajadores, con distintos niveles de vida y, por lo tanto, distintos riesgos.

Las Cajas deben ayudarse entre sí para evitar gastos innecesarios. Por ejemplo: no es necesario que cada caja instale un hospital en el pueblo donde funciona; la Confederación de Cajas puede determinar el punto crucial donde debe situarse ese hospital, el cual servirá para los enfermos de toda la zona. No hay que olvidar que los hospitales tienen, económicamente, un desideratum de tamaño, (más o menos unas 1.500 camas), lo cual significa que su radio de acción es sumamente grande (unas 200.000 personas), difícil de reunir en un solo gremio o pueblo, y menos aún en una sola empresa.

Conviene que la dirección de las cajas esté ejercida por representantes de los tres elementos que actúan, y los médicos deben ejercer la asesoría técnica.

Un Congreso celebrado por la Asociación Profesional Internacional de Médicos, en 1931, sostuvo que "es necesario que en la preparación de leyes y reglamentos la voz de los médicos sea oída. Los médicos son los pilares naturales de los seguros; tienen el derecho de hacerse oír. La Asociación insiste con toda energía, al comprobar los errores evidentes cometidos por la mayoría de las leyes existentes".

En cada Caja debe instalarse un centro de salud que tenga a su cargo, además de las prestaciones médicas, la parte relativa a medicina preventiva, realizando exámenes periódicos de la salud de los afiliados, educación sanitaria de los mismos, tratamiento de estados mórbidos en latencia, etc.

Estos centros de salud, para que rindan lo que se pretende, deben estudiar no a cada enfermo aislado, sino "a la familia como unidad económica y médica...tomando al enfermo no en el sitio de su agrupación (fábrica, escuela, etc.), sino en el de su existencia, es decir, la familia misma".

AFILIACION:

Dos son las formas que suelen utilizarse para llegar a la práctica de la afiliación de los asegurados: o bien por listas de trabajadores tomadas de cada entidad patronal, o bien por boletines de inscripción individual para cada uno de ellos.

Para la clasificación de los afiliados y, a ve

ces, también para las cotizaciones, suelen separarse las distintas actividades. La nomenclatura americana las clasifica en la siguiente forma:

- Grupo 0: Agricultura, selvicultura, caza y pesca.
- Grupo 1: Industrias extractivas.
- Grupo 2: Industrias manufactureras.
- Grupo 3: Otras industrias manufactureras.
- Grupo 4: Construcciones.
- Grupo 5: Electricidad, gas, agua y servicios sanitarios.
- Grupo 6: Comercio, banca, seguros y negocios de finca raíz.
- Grupo 7: Transporte, depósitos y comunicaciones.
- Grupo 8: Servicios.
- Grupo 9: Otras actividades.

IDENTIFICACION:

Este problema es grave, por cuanto significa el evitar fraudes que se cometen utilizando el carnet de un asegurado.

Generalmente, suele recurrirse a la dactiloscopia, haciendo aparecer en el carnet las impresiones digitales.

Otra forma que complementa a la anterior, a la par que la facilita, es obligar a exhibir en el carnet de

afiliación, la fotografía del afiliado tomada por un fotógrafo de la institución aseguradora.

TERCERA PARTE

LEGISLACION

REPÚBLICA ARGENTINA

Ley del año 1934.

GAMPO DE APLICACION: Mujeres entre los 15 y 45 años que perciban sueldos o salarios en empresas privadas y públicas, comerciales e industriales y sus dependencias. Se incluyen las mujeres empleadas en la cosecha de frutos, algodón, uva, caña de azúcar y cosechas similares.
Excluidas: empleadas públicas (tienen sistema de seguro de maternidad especial); las trabajadoras de la agricultura no están especialmente incluidas.

CONTRIBUCIONES:ASEGURADA:

Unidad de sueldo cada trimestre, de acuerdo a las categorías de salarios. No cotizan si su salario es menor de \$ 2,60 diarios o \$ 65.- mensuales.

EMPLEADOR:

Igual que las aseguradas, contribuyendo aún en los casos de salarios menores a \$ 2,60 diarios o \$ 65.- mensuales.

GOBIERNO:

Igual que las aseguradas.

PRESTACIONES:PERSONAS ASEGURADAS:Enfermedad:

Efectivo: Nada.

Sanitarias: Nada.

Maternidad:

Efectivo: 100 % del salario durante 30 días antes y 45 después del parto, no pudiendo exceder de los \$ 200.-

Sanitarias: Asistencia médica o de partera, o bien reembolso de \$ 100.- para dicha asistencia.
Ajuar valuado en \$ 40.-

R E P U B L I C A A R G E N T I N A (cont.)**OTROS BENEFICIARIOS:**

Enfermedad: Nada.

Maternidad: Nada.

CONDICIONES NECESARIAS:

Pago de contribuciones de los nueve meses precedentes al parto o empleo cubierto por el seguro y contribuciones pagas durante ocho trimestres en los tres años inmediatamente anteriores al embarazo. Para las prestaciones en efectivo, la asegurada no puede haber trabajado durante los treinta días anteriores y cuarenta y cinco posteriores al parto.

ADMINISTRACION:

Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

Instituto Nacional de Previsión Social, organismo autónomo con representantes del Estado, empleadores y trabajadores.
Sección Maternidad de dicho Instituto.

ALBANIA

Ley del año 1947.

CAMPO DE APLICACION: Personas empleadas, incluyendo empleados de gobierno.

CONTRIBUCIONES

ASEGURADO: Nada.

EMPLEADOR: 4 % de sueldos y salarios, más 0,5 % para beneficios en sanatorios y casas de reposo para los trabajadores.

GOBIERNO: Nada, excepto como empleador.

BENEFICIOS:PERSONAS ASEGURADAS:Enfermedad:

Efectivo: Tarifa: 50 a 100 % de entradas, dependiendo de la duración del tiempo en el empleo cubierto por el seguro. Si se hospitaliza, se recude a 1/5 del beneficio para personas solteras, y hasta un medio para cabeza de familia, según el número de cargas de familia.
Duración: Período de incapacidad o hasta certificación de invalidez.
Período de espera: 3 días.
Beneficio funerario: Costo del entierro.

Sanitarias: Servicios generales y especializados, hospitalización, medicinas, sanatorios y casas de reposo, si son necesarias.

Maternidad:

Efectivo: 70 a 100 % de entradas, dependiendo del tiempo en el empleo cubierto por el seguro.
Duración: 6 semanas antes y 6 semanas después del parto.
Asignación para el ajuar y leche para el niño.

Sanitarias: Cuidados prenatales, obstétricos y post-natales.

A L B A N I A (cont.)

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad: Los mismos cuidados medicinales que para los asegurados, y los mismos beneficios funerarios.

Maternidad: Los mismos cuidados medicinales que para las mujeres aseguradas.

CONDICIONES REQUERIDAS:

Para enfermedad, un mes en calidad de asegurado para ambos beneficios (en efectivo y sanitarios).
Para maternidad, seis meses en calidad de asegurada para ambos beneficios.

ADMINISTRACION:

Beneficios en efectivo: Instituto Estatal de Seguro Social, y oficinas locales, tanto sobre base territorial como en grandes empresas. El Instituto está conectado con el Departamento de Trabajo.
Beneficios sanitarios: Ministerio de Salud.

A L E M A N I A

(zona norteamericana, inglesa y francesa).
de ocupación)

Ley de 1883 (igual para las tres zonas; salvo lo especificado más abajo). Actualmente legisladas por el Código Nacional de 1911, modificado por las leyes alemanas y por las medidas de las autoridades de ocupación.

CAMPO DE APLICACION:

Trabajadores manuales sin tener en cuenta sus entradas; empleados asalariados que ganen no más de 3.600 marcos por año (zona francesa) 7.200).
Beneficiarios de pensiones para vejez, invalidez, sobrevivientes y accidentes, asegurados para beneficios médicos y funerarios.

CONTRIBUCIONES:ASEGURADO Y
EMPLEADOR:

Porcentaje sobre las entradas; la tarifa varía dentro de los límites de la ley, de acuerdo a los reglamentos de las juntas de enfermedad.

Entradas máximas para contribución y beneficios: empleados a sueldo, no tienen límite; empleados asalariados: 3.600 marcos por año para las zonas norteamericana y británica y 7.200 para la zona francesa. El asegurado aporta aproximadamente lo siguiente:

Zona norteamericana: 3,6 % (1945)

Zona británica: 4 %.

Zona francesa: tarifa sin fijar.

El empleador aporta lo siguiente: Suma igual a la $\frac{1}{3}$ de la cuota que paga el asegurado ($\frac{1}{3}$ del total de las cuotas).

GOBIERNO:

Nada.

PRESTACIONES:PERSONAS ASEGURADAS:Enfermedad:

Efectivo: 50 % del término medio de los sueldos; máximo 5 marcos por día (zona francesa, 10 marcos). Si hay hospitalización, $\frac{1}{4}$ de los sueldos se entrega a la familia.
Duración: 26 semanas.
Período de espera: 3 días.
Beneficios funerarios: 20 veces el sueldo diario.

A L E M A N I A (Zonas norteamericana, británica y francesa, cont.)

Sanitarias: Cuidados médicos generales y especiales, tratamientos dentales, medicinas, desde el primer día de enfermedad. Asistencia en hospital durante 26 semanas. Cuidado de enfermera en la casa, si es necesario.

Maternidad:

Efectivo: 50 % del término medio del sueldo, pagadero durante 4 semanas antes del parto. (75 % del sueldo durante 6 semanas si la persona se abstiene del trabajo). 50 % del término medio del sueldo, durante 6 semanas después del parto. Si se hospitaliza, 1/2 de los beneficios se entregan a los familiares. Suma global: 10 marcos. Asignación para las madres que crían: 1/4 del término medio del sueldo durante 12 semanas.

Sanitarias: Asistencia de partera, medicinas, tratamiento médico si es necesario, y también cuidado de enfermera en la casa.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad: Iguales cuidados médicos que para los asegurados.

Maternidad: Atención de partera, medicinas y tratamiento médico si es necesario. Efectivo: 1/2 marco diario durante 4 semanas antes y 6 después del parto. Suma global: 10 marcos. Asignación a las madres que crían: 1/4 de marco diario durante 12 semanas.

CONDICIONES NECESARIAS:

Para asegurados, no se requiere ninguna para beneficios de enfermedad. Para otros beneficiarios se requiere el seguro de 3 meses durante los últimos 6 meses calendario. Maternidad: 16 meses de afiliación en los últimos 2 años y 6 meses en el último año.

ADMINISTRACION:

Supervisión: Oficinas de Seguro del Estado (no en zona británica) y Oficinas de Seguros regionales y locales. Juntas locales recaudan fondos y administran beneficios.

A L E M A N I A

(U.R.S.S., zona de ocupación.-)

Ley de 1883. Actualmente rige la ley promulgada por orden del gobierno militar de la U.R.S.S. en 1947. La zona del "gran Berlín" tiene las mismas disposiciones, pero generalmente más liberales.

CAMPO DE APLICACION:

Empleados a sueldo o salarios, trabajadores independientes, pequeños empleadores, familia de los trabajadores. No hay límite de entradas para la afiliación.

CONTRIBUCIONES:ASEGURADO:

10 % del sueldo o salario o 14 % de las entradas de los trabajadores independientes o empleadores hasta 7.200 marcos al año.

EMPLEADOR:

10 % (para mineros 20 %) del sueldo o salario hasta 7.200 marcos al año por cada individuo.

Incluye contribuciones para vejez, invalidez y seguro de sobrevivientes y, para empleados (excepto mineros), seguro de desocupación.

GOBIERNO:

Nada.

PRESTACIONES:PERSONAS ASEGURADAS:Enfermedad:Efectivo:

50 % del promedio de las entradas. Máximo 10 marcos por día. Si hay hospitalización, 1/4 de esa suma se entrega a la familia, o 1/8 de la misma al asegurado sin familia. Todo el beneficio en efectivo a personas hospitalizadas por tuberculosis.

Duración: 26 semanas.

Período de espera: 3 días.

Beneficios funerarios: 20 veces el promedio del sueldo. Mínimo: 100 marcos.

Los beneficios en efectivo, excepto los funerarios, sólo se pagan a las personas que perciben sueldo o salario.

A L E M A N I A (U.R.S.S., zona de ocupación; cont.)

Sanitarias: Cuidados médicos generales y especiales, tratamiento dental, medicinas, desde el primer día de enfermedad sin limitación de tiempo. Cuidados de hospital y mantenimiento durante 26 semanas (ampliado en caso de tuberculosis). Cuidados de enfermera en la casa, si hay necesidad.

Maternidad:

Efectivo: 75% del promedio de lo que gana 4 semanas antes del parto; $\frac{1}{4}$ del promedio de lo que gana 6 semanas después del parto. Si hay hospitalización, $\frac{1}{4}$ de los beneficios para los familiares; $\frac{1}{8}$ para el asegurado, si no hay familiares. Asignación para el recién nacido: $\frac{1}{4}$ de las ganancias durante 12 semanas después del parto.

Sanitarias: Atención de partera, medicinas, tratamiento médico si es necesario; tratamiento en nursery.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad: Iguales cuidados médicos que para los asegurados. Beneficios funerarios: 10 veces el salario diario del asegurado; mínimo: 50 marcos.

Maternidad: Atención por partera, medicamentos, tratamiento en nursery. Suma global: 50 m.

CONDICIONES NECESARIAS:

Enfermedad: nada.
Maternidad: para beneficios médicos, nada. Para beneficios en efectivo, 10 meses de afiliación en los últimos 2 años y por lo menos 6 meses en el último año.

ADMINISTRACION:

Administración del Trabajo de la zona y Ministerio de Trabajo del Estado: supervisores.
Institutos Regionales de Seguros (5), con ramas locales que administran el plan.
Apelaciones ante tribunales de trabajo.

A U S T R A L I A

Ley de 1912: prestaciones de maternidad. 1944: beneficios en efectivo; 1945: beneficios de hospital y para tuberculosos. 1946: reforma constitucional autorizando la legislación del Estado con relación a varios servicios sociales, incluyendo asistencia hospitalaria, farmacéutica y asistencia médica y dental. 1947: beneficios farmacéuticos (reemplazando leyes de 1944 y 1945). Los beneficios de enfermedad y maternidad son corrientemente administrados por la Ley de Consolidación de Servicios Sociales de 1947.- 1948: Ley de Servicio Nacional de Salud (pago de parte del costo de los servicios médicos, aumento de las prestaciones médicas, etc. Todavía no está en vigor).

CAMPO DE APLICACION:

Residentes en el país, sujetos a las condiciones establecidos. Exclusiones: Nativos aborígenes, a no ser que el Director General del Servicio Social opine que sus características de inteligencia y desarrollo social, merezca su inclusión.

CONTRIBUCIONES:

ASEGURADO:

Todos los beneficios de seguridad social nacional, pagados del Fondo de Seguridad Social, formado como sigue:

Asegurado: La contribución a los servicios sociales, se realizan sobre rentas de más de £ 104 al año para personas solteras; £ 200 por matrimonio. La tarifa empieza por 3 d. per £, aumentando hasta un máximo de 18.6p. por £.

EMPLEADOR:

2,5 % de lo pagado para los empleadores que tienen 20 ó más empleados.

GOBIERNO:

Los beneficios se proveen de rentas generales. Para cuidados de hospital, el Estado recibe una suma de 8 s. por día del Fondo de Seguridad Social por cada cama ocupada en hospitales públicos o privados aprobados.

PRESTACIONES:

PERSONAS ASEGURADAS:

Enfermedad:

Efectivo: £1-5s. por semana para personas mayores de 21 años (cualquier edad, si es casada). Para personas de 16-17 años, 15s.; de 18 a

A U S T R A L I A (cont.)

20, £ 1. Más £ 1 por semana para la esposa y no más de una £ por semana para el ama de casa que cuida niños, más 5s. por cada niño.

En algunos casos, la tarifa es reducida.

Duración: período de incapacidad.

Período de espera: 7 días.

Sanitarias: Beneficio de hospital: tratamiento gratuito a los pacientes en hospitales públicos (salas generales) ú 8s. por día para sala privada u hospital privado. Beneficios farmacéuticos: medicinas gratuitas prescritas por el médico en formulario nacional. Beneficios para tuberculosos: diagnóstico gratuito, hospitalización y cuidados. El subsidio federal autoriza a los Estados a hacer pagos a los tuberculosos o familiares con el fin de que aquéllos comiencen un tratamiento y sigan otras prescripciones, reduciéndose así el contagio. Tratamiento de rehabilitación: tratamiento y asignaciones para los inválidos y para ciertas enfermedades de los asegurados.

Maternidad:

Efectivo:

Pago de una suma total de £ 15 si la madre no tiene otros hijos; £ 16 si tiene 1 ó 2 más; £ 17-10s. si tiene 3 o más.

Más 5 libras por cada hijo que exceda de uno, cuando el nacimiento es múltiple.

Sanitarias:

Medicinas y asistencia hospitalaria como para enfermedad. Bajo el cuidado del Servicio Social del Estado, asistencia pre-natal, obstétrico y post-natal en maternidades y clínicas.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad:

Igual servicio de hospital y farmacéuticos que para los asegurados.

Maternidad:

Id.

CONDICIONES NECESARIAS:

Enfermedad: para prestaciones en efectivo, trabajadores a sueldo o jornal:

A U S T R A L I A (cont.)

16 - 65 años (hombres); 16 - 60 años (mujeres). Incapacidad temporal para el trabajo ocasionada por enfermedad o accidente, por la cual se disminuyan las entradas. La mujer casada no puede recibir prestaciones, si el marido la mantiene.

Residencia en el país durante el año precedente al reclamo.

Beneficios médicos: Algunas condiciones iguales que para prestaciones en efectivo, pero no todas.

Maternidad: La madre debe residir en el país en el momento del parto.

ADMINISTRACION:

El Departamento del Servicio Social del Estado administra los beneficios de salud, maternidad y rehabilitación, mediante ramas en todo el país.

Los beneficios de hospital, farmacia y para tuberculosis son administrados por el Departamento de Salud del Estado.

A U S T R I A

Ley de 1888. Actualmente rige el Código de Seguro Nacional Alemán de 1938, con las reformas de la legislación austriaca.

Ley de 1942, de protección a la maternidad para mujeres que trabajan, incluyendo reformas de octubre de 1948

AMPO DE APLICACION:

Personas empleadas que no formen parte de sistemas especiales de algún oficio. Incluye empleados a sueldo y a jornal. Sistema administrativo separado para trabajadores agrícolas, con otras disposiciones esencialmente iguales al sistema general. Seguro voluntario para pequeños comerciantes y otros.

CONTRIBUCIONES:ASEGURADO Y EMPLEADOR:

Tarifa determinada por el fondo de enfermedad con aprobación del Ministerio Federal de Administración Social, en partes iguales por el asegurado y el empleador. Tarifa para Fondo Regional de Enfermedades de Viena, según categorías de entradas: 6,25 % sobre entradas imponibles del asegurado (julio 1^o. 1948).

Máximo de entradas para contribución y percepción de beneficios: sueldos, 175 shillings por semana; salarios, 750 shillings por mes.

Los pensionistas contribuyen con 2,50 shillings por mes, y las instituciones de pensión con 5,75 shillings por mes para cuidados médicos a sus pensionistas.

GOBIERNO:

Nada.

PRESTACIONES:PERSONAS ASEGURADAS:Enfermedad:

Efectivo: Beneficio básico (mínimo nacional): 50 % de entradas. Si hay hospitalización, la mitad de los beneficios se entregan a los dependientes (suma nominal a solteros). Duración: 26 semanas. Período de espera: 3 días.

A U S T R I A (cont.)

Beneficios funerarios: 20 veces el importe de las entradas de un día. (Máximo: 320 shillings).

Beneficios suplementarios después de 6 meses de afiliación; variables con los reglamentos del fondo y alrededor del 70 % de las entradas, aumentada si hay familiares dependientes.

Duración: hasta 52 semanas.

Beneficios funerarios: 40 veces las entradas de un día (máximo: 640 sh.)

Sanitarias: Cuidados médicos generales y especiales, dentales, hospitalización, medicinas, enfermería, instrumentos tales como anteojos, etc.
Duración ilimitada, excepto para hospitalización (26 semanas).
Como beneficios suplementarios pueden incluirse el costo de instrumentos hasta 500 sh. por año, cuidados de hospital (52 semanas), dentaduras, etc.

Maternidad:

Efectivo: 150 % del beneficio de enfermedad durante 6 semanas antes y 6 después del parto, si no se trabaja. Igual beneficio que para enfermedad durante 4 semanas antes y 6 después, si se trabaja.
Asignación de maternidad: 25 shillings.
Prima de lactancia: 1/2 del beneficio de enfermedad durante 12 semanas.
Beneficios suplementarios: sumas mayores, basadas en el aumento del beneficio para enfermedad. Asignación de maternidad: 40 sh.; prima de lactancia: hasta 26 semanas.

Sanitarias: Cuidados prenatales; partera, médico u hospitalización durante el parto. Medicinas.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad:

La esposa e hijos reciben iguales beneficios médicos que el asegurado, con reintegro del 50 % del costo de las medicinas.

Beneficios suplementarios: hasta 80 % del costo de las medicinas.

Asistencia en hospital hasta 26 semanas. Cuidados dentales.

Beneficios funerarios: 430 sh. para la mujer y 320 para el hijo.

A U S T R I A (cont.)

Maternidad: Beneficios médicos: la esposa e hijas del asegurado tienen derecho a iguales cuidados médicos que la mujer asegurada, incluido prima de lactancia.

CONDICIONES NECESARIAS:

Asegurado: enfermedad: No se requiere contribución; el trabajo en empleo cubierto por el seguro, da derecho al asegurado a los beneficios en efectivo y médicos.

Maternidad: 10 meses de afiliación en los últimos dos años; 6 meses por lo menos en el último año.

Otros beneficiarios: Igual que el asegurado para enfermedad y maternidad. Para beneficios suplementarios, 6 meses de afiliación.

ADMINISTRACION:

Ministerio Federal de Administración Social: supervisor.

Las Juntas de Enfermedad de los Gremios son responsables de la administración de los beneficios, contratos con los médicos, hospitales, etc.

Las Juntas son administradas por la Reunión General de la Junta de Directores (compuestas de 4/5 de representantes de los asegurados; y 1/5 de los empleadores) y el Comité Supervisor (4/5 de los empleadores y 1/5 de los asegurados).

Las Juntas cobran las cuotas para todos los planes de seguros sociales.

Las Juntas son miembros de la Unión Central de agencias de Seguro Social.

Cuerpos Consultivos y Estadísticos.

El asegurado puede elegir el médico.

BELGICA

Ley del año 1944, precedida por un sistema voluntario del año 1894.

CAMPO DE APLICACION: Personas empleadas, principalmente trabajadores a sueldo y asalariados en industria y comercio, incluyendo trabajo del hogar y algunos trabajos agrícolas. Todavía no está cubierto el servicio doméstico.

CONTRIBUCIONES:ASEGURADOS:

Porción de la contribución del total unificado de 8 % de sueldos y 8,25 % de salarios, que incluye contribución para ancianidad, invalidez, sobrevivientes, desocupación, asignaciones familiares, y para trabajadores a sueldo, vacaciones pagas.

Con recomendación del Comité Especial, los Fondos Nacionales (ver "administración"), facilitan dinero para la agencia del seguro de salud, de acuerdo a las distintas categorías de socios, beneficios concedidos, etc.

Tarifa del año 1948: trabajadores a sueldo: 3,5 %; trabajadores asalariados, 2,75 %; ganancias máximas para contribución y prestaciones: 4.000 francos por mes.

EMPLEADOR:

Porción de la contribución del total unificado (19,5 % de sueldos y 16,75 % de salarios).

Tarifa 1948: Trabajadores a sueldos: 3,5 % y para trabajadores asalariados: 2,25 %.

GOBIERNO:

16 % del total de las contribuciones de los seguros de salud e invalidez, más contribuciones de miembros no contribuyentes: (pensionistas, personas en el servicio militar, sin empleo, etc.)

PRESTACIONES:PERSONAS ASEGURADAS:Enfermedad:

Efectivo: 60 % de las ganancias hasta 4.000 francos

B E L G I C A (cont.)

por mes.

Duración: 150 días excepto domingos y feriados.

Período de espera: empleados a sueldo, 3 días, y trabajadores asalariados, 30 días (autorizando a los enfermos a vivir por cuenta del empleador durante ese tiempo).

Beneficios funerarios: 30 veces las entradas de un día. Para pensionistas, suma líquida de 1.000 francos.

Sanitarias: Asistencia general, especial, dental, hospitalaria, incluyendo tratamiento en institutos para tuberculosis, cáncer y enfermedades mentales. Medicinas. Se reembolsa $\frac{3}{4}$ del costo del tratamiento y $\frac{2}{3}$ del costo del tratamiento en casa.

Maternidad:

Efectivo: 60 % de las entradas durante seis semanas antes y seis después del parto.

Sanitarias: Reembolso de los servicios de médico o partera, generales o especiales.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad: Los mismos servicios médicos que para los asegurados.

Maternidad: Los mismos servicios médicos que para las mujeres aseguradas.

CONDICIONES NECESARIAS:

Enfermedad: Para prestaciones médicas, se requiere la cotización del trimestre precedente a la enfermedad. Para prestaciones en efectivo, tres meses de empleo cubierto por el seguro, si tiene menos de 25 años; seis meses, si es mayor; un año si la incapacidad es causada por una condición existente al momento de asegurarse.

Maternidad: Para servicios médicos, las mismas condiciones que para enfermedad. Para beneficios en efectivo, por lo menos diez meses en calidad de asegurada, antes de la fecha del parto.

Beneficios funerarios: seis meses de seguro.

B E L G I O A (cont.)

ADMINISTRACION*

Ministerio de Trabajo y Previsión Social. La Oficina Nacional de Seguridad Social, cobra las contribuciones para todos los planes y los distribuye a los cuerpos administrativos. El Fondo Nacional de Seguro contra Enfermedad e Invalidez, recibe dinero de la Oficina Nacional y lo asigna entre las oficinas locales. Es responsable de las operaciones del sistema. Tanto la Oficina como el Fondo tiene representantes del Gobierno, trabajadores y empleadores en cuerpos gubernativos. Un Consejo Médico de enfermedad e invalidez aconseja al Fondo.

En el plano local, hay dos tipos de agencias:

- 1) Sociedades Benéficas Mutualistas (que anteriormente administraban el seguro voluntario).
 - 2) Oficinas Regionales del Fondo.
- El trabajador puede asociarse a cualquiera de estos dos tipos de agencias.

B R A S I L

Ley de 1936 para la industria. En 1946 se implantó el Servicio Social Industrial, incluyendo otros servicios médicos.

<u>CAMPO DE APLICACION:</u>	Trabajadores en industria en general, empleados de las uniones de trabajos industriales, empleados del Instituto. (Sistema independiente para trabajadores de comercio, empresas públicas, transporte, carga, marina mercante, bancarios y empleados de gobierno).
<u>CONTRIBUCIONES:</u>	Máximo de entradas para contribución y percibir beneficios: 2.000 cruzeiros por mes. Incluye ancianidad, invalidez y seguro de sobrevivientes.
ASEGURADO:	5 % de las entradas.
EMPLEADOR:	Igual que el asegurado. En algunas zonas, adicional del 2 % para Servicio Social Industrial.
GOBIERNO:	Igual que el asegurado.

PRESTACIONES:

PERSONAS ASEGURADAS:

Enfermedad:

Efectivo: 66 % del término medio de las entradas en los 12 meses que preceden a la incapacidad.
Duración: un año.
Período de espera: 15 días (el empleador debe pagar las 2/3 partes del sueldo o salario durante este período, por disposición de la ley de trabajo).
Beneficios funerarios: costo del enterramiento. Mínimo: 200 cruzeiros; máximo: 500 cruzeiros.

Sanitarias: El Instituto no paga nada.
El Servicio Social Industrial provee alimentos a bajo costo y algunos servicios médicos en ciertas zonas.

B R A S I L (cont.)**Maternidad:**

Efectivo: Nada.

Sanitarias: Nada.

OTROS BENEFICIARIOS:**Enfermedad:** Nada.**Maternidad:** Nada.**CONDICIONES NECESARIAS:**

12 contribuciones mensuales.

ADMINISTRACION:

Ministerio de Trabajo, Comercio e Industria; Supervisor.
 Plan administrado por el Instituto de Jubilaciones y Pensiones de trabajadores industriales; cuerpo autónomo bajo la supervisión del Ministerio, con oficinas en todo el país.
 El Cuerpo de Gobierno tiene un funcionario nombrado por el Presidente del Brasil y dos representantes: uno por los asegurados, y otro por los empleadores.

Ley de 1934 para el comercio, reglamentada en 1940. Servicio médico organizado en 1935. En 1946, se organizó el Servicio Social Comercial.

CAMPO DE APLICACION:

Personas empleadas en el comercio, pequeños comerciantes de capitales no mayores de 30.000 cruzeiros. Incluye empleados de instituciones de caridad, religiosas, educacionales y recreativas.

CONTRIBUCIONES:

ASEGURADO: 5 % de las entradas, más 1/2 ó 1 %,

B R A S I L (cont.)**EMPLEADOR:**

cuando los servicios médicos son provistos por el Instituto.

Lo mismo que el asegurado. (Igual adicional que para industriales).

GOBIERNO:

Lo mismo que el asegurado.

PRESTACIONES:**PERSONAS ASEGURADAS:****Enfermedad:****Efectivo:**

66 % de las entradas en los doce meses que preceden a la incapacidad. Si hay hospitalización y no hay otros beneficiarios dependientes del asegurado, la mitad de la tarifa regular.

Mínimo: 70 % del sueldo mínimo de la región. Máximo: 1.700 cruzeiros por mes. Duración: 1 año.

Período de espera: 15 días (para el empleador, igual obligación que para industriales).

Beneficios funerarios: 50 % de las entradas del último mes. Mínimo, 500 cruzeiros; máximo, 1.000 cruzeiros.

Sanitarias:

Servicios médicos y de especialistas en clínicas y en el hogar. Servicios quirúrgicos y dentales limitados. Reintegro de parte del costo de las medicinas. Un año de cuidados en institutos para enfermos mentales.

Maternidad:**Efectivo:**

50 % del término medio de las entradas de los doce meses que preceden al sexto mes de embarazo. Máximo: 400 cruzeiros.

Sanitarias:

La ley determina que el beneficio en efectivo se reduce en proporción a los cuidados médicos proporcionados. El Servicio Social Comercial determina cuidados pre y post-natales en centros de maternidad para algunas zonas.

OTROS BENEFICIARIOS:**Enfermedad:**

Nada. Se provee según lo permitan los recursos financieros.

Maternidad:

Beneficio para la esposa del asegurado, igual que para las mujeres aseguradas (sobre la base del sueldo del ase-

B R A S I L (cont.)

gurado. Si el marido y la esposa están asegurados, sus entradas deben ser combinadas, a los efectos de los beneficios, sujetos al máximo de 400 cruzeiros.

CONDICIONES NECESARIAS:

Enfermedad: doce contribuciones mensuales. Igual condición para prestaciones en efectivo y sanitarias.
Maternidad: 18 contribuciones mensuales, por parte de la mujer o del marido.

ADMINISTRACION:

Igual supervisión que para la industria.

Plan administrado por el Instituto de Jubilaciones y Pensiones del Personal de Comercio. Agencias autónomas bajo la supervisión del Ministerio. El Presidente, nombrado por el Presidente del Brasil, es el funcionario ejecutivo. Un Consejo Fiscal de cinco miembros nombrados por el Presidente del Brasil e incluyendo representantes de los asegurados y empleadores, ejerce la supervisión financiera.

BULGARIA

Ley de 1918. Actualmente, rige la ley del 28 de diciembre de 1948.

CAMPO DE APLICACION:

Empleados y trabajadores independientes. Incluye trabajadores agrícolas, miembros de profesiones liberales, artesanos, comerciantes y pensionistas del seguro social.

CONTRIBUCIONES:ASEGURADO:

Empleados: nada.
Pensionistas: Tarifa a determinarse.
Trabajadores independientes: escala aproximada del 3,5 % de las entradas; reducida en un 20 % para miembros de uniones de trabajadores científicos, escritores, actores y artistas.
Máximo sujeto a contribución para trabajadores independientes: 210.000 leva al año.

EMPLEADOR:

Para empleados: contribución completa. (La escala y manera de computar no está determinada en la ley).

GOBIERNO:

Tarifa no especificada para empleados. Para trabajadores independientes, el Gobierno paga el 20 % de la contribución en ciertos casos (Ver "contribución del asegurado").

PRESTACIONES:PERSONAS ASEGURADAS:Enfermedad:Efectivo:

Para empleados: 65 % del término medio de entradas de las últimas ocho semanas. Si hay hospitalización, 45 % para jefes de familia; 20 % para los demás. Suplemento por cada hijo menor de 16 años: 5 % de entradas.
Para trabajadores independientes, 60% de entradas. Si hay hospitalización, 40 % para jefes de familia y 20 % para los demás. Más 15 leva por día, por cada hijo.

B U L G A R I A (cont.)

Duración: 5 a 12 meses, según las contribuciones. Máximo, si hubo 156 contribuciones semanales en los últimos 5 años.

Período de espera: Nada.

Beneficios funerarios: 10.000 leva.

Pensionistas: 5.000 leva.

Sanitarias:

Asistencia general, especial, de hospital, sanatorio y dental; medicinas e Instrumentos.

Duración: Igual que los beneficios en efectivo. Ilimitada en caso de tuberculosis.

Maternidad:

Efectivo:

100 % de entradas. Máximo, tres meses. Asignación para el ajuar del bebé, equivalente a 10 jornales. Beneficios para lactancia: 20 % de las entradas, pagadero durante los seis meses siguientes al parto, suministrados a la madre que cría a su hijo.

Beneficios funerarios: igual que para enfermedad.

Sanitarias:

Atención por partera, y si es necesario, por médico. Medicinas.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad:

Igual asistencia médica que para los asegurados. Beneficios funerarios de 5.000 leva.

Maternidad:

Igual asistencia médica que para las mujeres aseguradas. Beneficios funerarios de 5.000 leva.

CONDICIONES NECESARIAS:

Enfermedad: No especificadas en la ley. Suma global pagadera a la expiración del período del beneficio, si el asegurado está todavía incapacitado y no le correspondiera pensión por invalidez.

Maternidad: para beneficio normal en efectivo, se requieren ocho contribuciones semanales consecutivas (para trabajadores independientes, dos meses), empezando un mes antes del parto.

B U L G A R I A (cont.)

Para prima de lactancia y entrega del ajuar, 20 contribuciones semanales consecutivas, empezando un mes antes del parto, o 40 contribuciones semanales en los dos años precedentes.

ADMINISTRACION:

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social: Supervisor.

Instituto de Seguro Social del Estado: Administrador.

La Junta de Gobierno incluye representantes de tres ministerios y de los gremios.

COLOMBIA

Ley de 1946: Seguro Social Obligatorio. Primeros efectos en Bogotá en abril de 1949.

Ley de 1945, sobre Contrato de Empleo.

CAMPO DE APLICACION:

Seguro Social Obligatorio: todas las personas que realicen trabajos para terceros bajo contrato de servicios.

Trabajadores independientes con entradas no mayores de 1.800 pesos por año.

Excepciones: familia de asegurados, cubierto por otro plan de seguro.

Ley de Contrato de Empleo: Personas empleadas en empresas con capitales de 10.000 pesos o más. (125.000 pesos en agricultura o bosques).

Beneficios limitados para el servicio doméstico.

CONTRIBUCIONES:

ASEGURADO: Seguro Social Obligatorio: 2 % de entradas.
Ley de Contrato de Empleo: no contribuyen.

EMPLEADOR: Seguro Social Obligatorio: 4 % de sueldos y salarios pagados.
Ley de Contrato de Empleo: Responsable de todos los beneficios.

GOBIERNO: S.S.O.: Igual que el asegurado.
L.C.E.: No contribuye.

Máximo de entradas para contribuciones y percepción de beneficios: \$ 22 por día.

PRESTACIONES:PERSONAS ASEGURADAS:Enfermedad:

Efectivo: S.S.O.:
2/3 de entradas por clase de sueldos, para los primeros 120 días; 1/2 de las entradas durante los 60 últimos días.
Reducido si hay hospitalización.
Duración: 180 días.
Período de espera: 3 días.
Beneficios funerarios: nada.
L.C.E.: 2/3 del sueldo durante 90 días; después, 1/2 del sueldo o salario durante no más de 90 días adicionales. También costo del entierro hasta un mes de sueldo.
Las firmas de menos de \$ 125.000 de capital, pagan beneficios reducidos.

COLOMBIA (cont.)

Sanitarias: S.E.O.: Cuidados médicos generales, especializados y dentales; hospitalización; medicinas.
 Duración: 180 días si hay incapacidad para el trabajo; para otros casos no se especifica limitación de tiempo.
 L.C.E.: no suministra.

Maternidad:

Efectivo: S.E.O.: Sueldo básico íntegro durante 4 semanas antes y 4 después del parto.
 L.C.E.: no suministra.

Sanitarias: Atención obstétrica antes, durante y después del parto.
 Leche cuando la madre no puede criar a su hijo; suministrada como máximo durante 6 meses.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad: S.E.O.: No dispone nada.
 L.C.E.: Id.

Maternidad: S.E.O.: la esposa del asegurado goza de la misma asistencia médica que la mujer asegurada.
 L.C.E.: no dispone.

CONDICIONES NECESARIAS:

Enfermedad: pago de 5 cuotas semanales para asistencia médica y en efectivo.
Maternidad: Pago de 12 cuotas semanales en los 9 meses que preceden al comienzo del período de reposo autorizado por el médico. Igual para asegurados y dependientes.
 L.C.E. : No especifica condiciones.

ADMINISTRACION:

S.E.O.: Instituto de Seguridad Social de Colombia; Órgano autónomo sujeto a limitada supervisión fiscal del Superintendente de Bancos.
 Fondos Secciones creados y supervisados por el Instituto, administran el plan en el terreno local.
 La Junta de Gobierno del Instituto incluye representantes del Presidente de la República, Ministros de Trabajo y Salud, cuerpos médicos, asegurados y empleadores.
 L.C.E.: Sistema de tribunales de trabajo especiales. En las localidades donde no existen dichos tribunales, los jueces municipales atienden las causas.

C O S T A R I C A

Ley de 1941. Actualmente está en vigencia la ley del año 1943 y su reglamentación.

CAMPO DE APLICACION:

Personas empleadas menores de 65 años que ganen no más de 4.800 colones por año (si un asegurado aumenta sus entradas, la obligación del seguro continúa) Incluye empleados públicos.

CONTRIBUCIONES:

Máximo de entradas para contribuir y recibir prestaciones: 400 colones por mes.

ASEGURADO:

2,5 % de las entradas; 3 % en las zonas donde los servicios médicos se prestan también a personas dependientes del asegurado.

EMPLEADOR:

Igual que los asegurados.

GOSIERNO:

1 % de las entradas de los trabajadores asegurados.

PRESTACIONES:PERSONAS ASEGURADAS:Enfermedad:Efectivo:

50 % de las entradas del último mes.
Duración: 25 semanas.
Período de espera: 4 días.
Beneficios funerarios; desde 75 a 200 colones por muerte, de acuerdo a las entradas.

Sanitarias:

Asistencia general, especial y de hospital durante 52 semanas. Medicinas. Exámenes periódicos de salud y tratamientos obligatorios de tuberculosis y enfermedades venéreas.

Maternidad:Efectivo:

50 % de las entradas durante 30 días antes y 30 días después del parto.

C O S T A R I C A (cont.)

Sanitarias: Servicios médicos, quirúrgicos, obstétricos y de hospital. Medicinas, Leche para la asegurada que no puede criar a su hijo.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad: En algunas zonas, igual servicios que para asegurados, durante 26 semanas.

Maternidad: Nada.

CONDICIONES NECESARIAS:

Enfermedad: Tanto para prestaciones en efectivo como médicas, para asegurados, se requieren 4 cuotas semanales. Para beneficios médicos para mujer e hijos del asegurado, 8 cuotas semanales.

Maternidad: 6 cuotas mensuales en los doce meses precedentes al parto (sólo mujeres aseguradas).

ADMINISTRACION:

Departamento de Trabajo y Seguridad Social: Supervisor general y coordinador del seguro social.

Fondo de Seguro Social de Costa Rica, con Junta Directiva de cinco miembros elegidos por el Presidente de la República, incluye representantes de los asegurados y empleadores.

El administrador del Fondo es nombrado por la Junta.

El Fondo opera con sus propios hospitales y dispensarios.

C U B A

Ley del año 1934. Actualmente, regido por decreto de 1944.

CAMPO DE APLICACION:

Todas las personas empleadas, excepto trabajadores agrícolas.

CONTRIBUCIONES:

ASEGURADO: 0,25 % de las entradas.
 EMPLEADOR: 0,50 % de la lista de pagos.
 GOBIERNO: Producido de impuestos especiales.

PRESTACIONES:PERSONAS ASEGURADAS:Enfermedad:

Efectivo: Nada.
 Sanitarias: Nada.

Maternidad:

Efectivo: Desde 1,25 a 4 pesos por día, según las entradas, pagaderos durante seis semanas antes y seis después del parto. En caso de muerte de la mujer asegurada, el beneficio es pagado a la persona que cuida el niño.
 Sanitarias: Cuidados medicinales, obstétricos y quirúrgicos y hospitalización en casas de maternidad.

OTROS BENEFICIARIOS:Enfermedad:

Nada.

Maternidad:

25 pesos o la hospitalización necesaria y cuidados obstétricos.

C U B A (cont.)

CONDICIONES NECESARIAS:

Mujer asegurada: cinco cuotas mensuales dentro de los dos años que preceden a la aplicación del beneficio.
Esposa del asegurado: diez cuotas mensuales del marido asegurado y la registración como beneficiaria.

ADMINISTRACION:

Junta Central de Salud y Maternidad, de once miembros (tres representantes de los trabajadores, tres por los empleadores, uno por la prensa y cuatro por el Gobierno (dos médicos, uno por el Ministerio de Trabajo y una mujer que sea maestra en una escuela normal ó un doctor en pedagogía).
El Ministerio de Salud y Asistencia Social, suministra ayuda médica en algunos casos.

C H E C O E S L O V A Q U I A

Ley de 1888 (legislación austro-húngara)
Actualmente, ley nacional de seguros de 1948.

CAMPO DE APLICACION:

Personas empleada. Incluye trabajadores independientes y familia de los trabajadores, los cuales están cubiertos por el seguro desde el 1 de enero de 1950.

CONTRIBUCIONES:

ASEGURADOS
Y EMPLEADOR:

Personas empleadas: 6,8 % de entradas, repartido entre el empleador y el asegurado en una proporción fijada por el Gobierno (3,4 % cada uno en 1948) con el fin esencial de que el empleador pague toda la cuota.
Familiares del trabajador: 6,7 % de entradas (reales o calculadas).
Trabajadores independientes: 6,7 % pagado por el asegurado.
Pensionistas (que no sean de seguro social o servicio de pensiones civiles): la suma global pagada por la agencia que paga la pensión.
Máximo de entradas para contribución y beneficios acordados: 10.000 coronas por mes.

GOBIERNO:

1/2 del costo del tratamiento en hospitales públicos. Subsidios para parte del costo de los beneficios en efectivo y de los cuidados preventivos y curativos del asegurado y familiares.

PRESTACIONES:

PERSONAS ASEGURADAS:

Enfermedad:

Efectivo:

Desde 15 hasta 159 coronas por día, según la categoría de las entradas. Acrecido en 10 % después de 91 días y en 15% después de 182 días. Si hay hospitalización, el beneficio íntegro se entrega a las personas que dependen del asegurado, 50 % (hasta 20 coronas por día) si no hay dependientes.

CHECOESLOVAQUIA

Ley de 1888 (legislación austro-húngara)
Actualmente, ley nacional de seguros de 1948.

CAMPO DE APLICACION:

Personas empleada. Incluye trabajadores independientes y familia de los trabajadores, los cuales están cubiertos por el seguro desde el 1 de enero de 1950.

CONTRIBUCIONES:

ASEGURADOS
Y EMPLEADOR:

Personas empleadas: 6,8 % de entradas, repartido entre el empleador y el asegurado en una proporción fijada por el Gobierno (3,4 % cada uno en 1948) con el fin esencial de que el empleador pague toda la cuota.
Familiares del trabajador: 6,7 % de entradas (reales o calculadas).
Trabajadores independientes: 6,7 % pagado por el asegurado.
Pensionistas (que no sean de seguro social o servicio de pensiones civiles): la suma global pagada por la agencia que paga la pensión.
Máximo de entradas para contribución y beneficios acordados: 10.000 coronas por mes.

GOBIERNO:

1/2 del costo del tratamiento en hospitales públicos. Subsidios para parte del costo de los beneficios en efectivo y de los cuidados preventivos y curativos del asegurado y familiares.

PRESTACIONES:PERSONAS ASEGURADAS:Enfermedad:Efectivo:

Desde 15 hasta 159 coronas por día, según la categoría de las entradas. Acreditado en 10 % después de 91 días y en 15% después de 182 días. Si hay hospitalización, el beneficio íntegro se entrega a las personas que dependen del asegurado, 50 % (hasta 20 coronas por día) si no hay dependientes.

CHECOESLOVAQUIA (cont.)

Ayuda doméstica: pagadera si el marido asegurado o su esposa se enferma y tienen a su cargo por lo menos un hijo. Pueden ser beneficiarios: la esposa, el marido, los hijos hasta 16 años (25 si estudian, sin límite si son inválidos), hermanos (igual límite de edad que los hijos), padres, abuelos, parientes políticos, mujer o marido divorciado.

ADMINISTRACION:

Ministerio de Seguridad Social: supervisor (a veces con la concurrencia del Ministerio de Finanzas y Supremo Consejo de Intervención de Cuentas). Instituto Central Nacional de Seguros con oficinas regionales y locales. Los asegurados pueden elegir el médico entre los que tienen contrato con el Instituto.

C H I L E

Ley de 1924 para trabajadores a sueldo o salarios.
Ley de Medicina Preventiva, 1938.

CAMPO DE APLICACION:

Trabajadores a sueldo o salario, incluyendo agrícolas, domésticos, trabajadores independientes manuales y pequeños comerciantes.

Sistemas separados para empleados asalariados y otros grupos, incluyendo hombres de mar.

CONTRIBUCIONES:ASEGURADO:

Nada.

Cuota voluntaria del 5 % de sueldos, para asistencia médica a los familiares.
Trabajadores independientes: 4,5 %, de lo cual una parte es destinada para este seguro.

EMPLEADOR:

5 % de sueldos pagados (6 % en las provincias de Antofagasta, Tarapaca y Magallanes y zonas mineras). Incluye cuotas para seguro de vejez, invalidez y pensiones.

Más 1 % de sueldos pagados para beneficios proporcionados por la ley de Medicina Preventiva.

GOBIERNO:

1,5 % de sueldos de los trabajadores afiliados.

Para trabajadores independientes, 3,5 % de las entradas.

PRESTACIONES:PERSONAS ASEGURADAS:Enfermedad:

Efectivo: Trabajadores con personas a su cargo: 100 % de entradas durante la primera semana de enfermedad; 50 % durante la segunda y 25 % después.
Trabajadores sin personas a su cargo: 1/2 de lo expresado.
Bajo ley de Medicina Preventiva: 100 % de las entradas durante el período prescrito de descanso preventivo.
Parcial beneficio para parcial suspensión de la jornada de trabajo.

C H I L E (cont.)

Duración: 26 semanas; puede extenderse a un año.

Ley de Medicina Preventiva: hasta el restablecimiento.

Período de espera: 4 días, pagados si la enfermedad dura más de 7.

Beneficios funerarios: 300 pesos.

Sanitarias: Asistencia médica, quirúrgica, de hospital y dental. Medicinas. Provistos durante 26 semanas; puede extenderse hasta un año.
Bajo ley de Medicina Preventiva, examen médico anual y tratamiento de tuberculosis, sífilis y enfermedades cardio-vasculares.
Muchas veces, tratamiento y reposo preventivo en sanatorios para enfermos no incurables.

Maternidad:

Efectivo: 50 % de entradas durante 6 semanas antes y 6 después del parto.
Los empleadores también pagan 50 % de sueldos bajo el Código de Trabajo.
Prima de lactancia: 10 % de entradas pagadera durante 12 meses.

Sanitarias: Cuidados médicos, quirúrgicos y de hospital; medicinas.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad: Los niños hasta 2 años de edad, tienen derecho a todos los beneficios médicos. No hay beneficios para otros familiares, excepto cuando voluntariamente se abona el adicional del 5 % del sueldo.

Maternidad: La esposa del asegurado tiene derecho a iguales cuidados médicos que la mujer asegurada.

CONDICIONES CALIFICATIVAS:

Enfermedad y maternidad: 7 meses de afiliación y estar asegurado en el momento de requerir las prestaciones.

ADMINISTRACION:

Ministerio de Salud, Seguridad y Asis-

C H I L E (cont.)

tencia Social: supervisor general. El Ministro es Presidente de éste y otros fondos sociales.

Un Consejo Administrativo con representantes del gobierno, asegurados y empleadores y de asociaciones médicas.

Sus ramas operan en todo el país.

Servicios médicos suministrados por el Fondo, a través del Departamento médico. Cuidados de hospital mediante contratos con la Dirección General de Seguridad y Asistencia Social.

-. -

Ley de 1924 para trabajadores asalariados.
Ley de Medicina Preventiva, 1938.

CAMPO DE APLICACION: Asalariados en empresas privadas, incluyendo comercio, industria, minas y agricultura.

CONTRIBUCIONES:

ASEGURADO: No necesita contribuir para recibir beneficios médicos. El Fondo del cual es miembro contribuye a soportar los servicios médicos.

EMPLEADOR: 1 % de salarios pagados, para beneficios de la ley de Medicina Preventiva.

GOBIERNO: Nada.

PRESTACIONES:

PERSONAS ASEGURADAS:

Enfermedad:

Efectivo: Bajo ley de medicina preventiva, igual que los trabajadores a sueldo.

Sanitarias: Ley de Medicina Preventiva: Igual que los trabajadores a sueldo. También subsidios para otras enfermedades. 300 pesos para gastos de hospitalización y 150 pesos para operaciones quirúrgicas. Préstamo de hasta \$ 3.500 para gastos de médico y dentista.

Maternidad:

Efectivo: De \$ 300 a 500 durante el mes siguiente al nacimiento del niño.

Sanitarias: Nada.

C H I L E (cont.)**OTROS BENEFICIARIOS:**

Enfermedad: Nada.

Maternidad: Nada.

CONDICIONES NECESARIAS:

Ser miembro del fondo.

ADMINISTRACION:

Supervisión general y control, como en el sistema anterior.

-.-

D I N A M A R C A

Ley de 1892. Actualmente rige la ley de 1933. Se incluyen reformas de abril de 1949.

CAMPO DE APLICACION:

Personas empleadas, pequeños agricultores, artesanos, comerciantes y grupos similares; entre los 14 y 60 años.

Límite de entradas: 8.300 coronas en Copenhague; 7.700 coronas en ciudades de provincias, y 6.700 coronas en zonas rurales. La esposa debe asegurarse por derecho propio.

CONTRIBUCIONES:

ASEGURADO: Miembros activos: contribución anual igual al salario de 2 a 3 días del trabajador incapacitado.
Miembros pasivos: 2,40 coronas anuales.

EMPLEADOR: Nada.

GOBIERNO: Gobierno Central: 2 coronas anuales por cada miembro del seguro obligatorio.
1/4 del costo del cuidado médico, tratamiento y otros servicios; 3/8 del costo extra para incapacidad crónica.
Comunas: 3/8 del costo del cuidado extra para incapacidad crónica; pago de la contribución de los miembros pobres; transporte de los enfermos.

PRESTACIONES :PERSONAS ASEGURADAS:Enfermedad:

Efectivo: Varía de 0,40 hasta 6 coronas por día, según la cuota del asegurado. No puede exceder de 4/5 del promedio de entradas del asegurado. Pensiones de vejez e invalidez: 1 corona por día. Si hay hospitalización, la suma debe ser disminuida.
Duración: 26 semanas en 12 meses consecutivos; 60 semanas en 3 años sucesivos.
Pensionistas: 13 semanas en 12 meses consecutivos.
Período de espera: 3 días.
Beneficios funerarios: Generalmente, 200 coronas en el campo y 300 coronas en los pueblos y ciudades.

D I N A M A R C A (cont.)

Sanitarias: Cuidados médicos generales, hospitalización, cuidados en sanatorios de tuberculosos; cuidados en institutos de enfermos mentales; 3/4 del costo de algunas medicinas importantes y 1/2 del costo de otras medicinas especificadas; transporte, beneficios adicionales incluyendo cuidados especializados, asistencia dental e instrumentos suministrados.

Maternidad:

Efectivo: Igual que para enfermedad, pagadero durante 15 (catorce) días antes del parto.

Sanitarias: Asistencia de partera o médica, si fuera necesaria.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad: Hijos menores de 15 años; costo parcial de las medicinas en la misma proporción que para los asegurados.

Maternidad: Nada.

CONDICIONES NECESARIAS :

Efectivo: por enfermedad, 6 semanas como socio activo.

Maternidad: 10 meses como socia activa.

Cuidados médicos: igual que los anteriores. Sólo los miembros activos reciben beneficios de enfermedad y maternidad. Los miembros pasivos, cuando sus entradas disminuyen debajo del máximo citado, pueden pasar a ser miembros activos, en cuyo caso recibirán los beneficios de enfermedad después de 6 meses.

ADMINISTRACION:

Ministerio de Asuntos Sociales, dirige y supervisa las cajas, las cuales son autónomas a los efectos de las prestaciones.

REPÚBLICA DOMINICANA

Ley de 1947.- Actualmente rige la ley de 1949 y su reglamentación.

CAMPO DE APLICACION:

Personas empleadas en la industria, comercio y agricultura. Excepciones importantes: servicio doméstico (para los tres primeros años de trabajo), asalariados con entradas mayores de \$ 30.- por semana; pensionistas civiles o retirados militares y policiales.

El seguro es voluntario para pequeños comerciantes, trabajadores independientes y otros.

CONTRIBUCIONES:

Entradas máximas para contribuir y recibir prestaciones: \$ 30.- por semana o \$ 130.- por mes. Incluye contribuciones para seguro de ancianidad, invalidez y sobrevivientes.

ASEGURADO:	2,5 % de las entradas, según la categoría de sueldo.
EMPLEADOR:	5 % de las entradas de los trabajadores. 7,5 % de las entradas de los aprendices.
GOBIERNO:	1,5 % de los sueldos y salarios sujetos a contribución. También abona todo el costo del seguro de enfermedad e invalidez para pequeños granjeros de zonas limítrofes.

PRESTACIONES:

PERSONAS ASEGURADAS:

Enfermedad:

Efectivo: 50 % de las entradas. Si hay hospitalización, 1/2 del beneficio para los familiares.
Duración: 26 semanas.
Período de espera: 6 días.
Beneficios funerarios: de 30.- a 80.- pesos, según la categoría de sueldos.

R E P U B L I C A D O M I N I C A N A (cont.)

Sanitarias: Asistencia médica general, especial, quirúrgica, de hospital, dental y farmacéutica, durante 27 semanas. Los empleados asalariados pueden requerir la indemnización en efectivo, en lugar de la asistencia.

Maternidad:

Efectivo: 50 % de las entradas durante seis semanas antes y seis después del parto.
Prima de lactancia: 10 % de las entradas durante ocho meses después del parto.

Sanitarias: Servicios médicos, de hospital y farmacéuticos, antes, durante y después del parto. Las empleadas asalariadas pueden optar por el reembolso en efectivo, del costo de los servicios.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad: Nada.

Maternidad: La mujer del asegurado tiene derecho a iguales beneficios que la mujer asegurada. El hijo de la mujer asegurada tiene derecho a cuidados de pediatría durante los ocho meses después del nacimiento.

CONDICIONES NECESARIAS:

Enfermedad:
Beneficios en efectivo: seis cuotas semanales en los nueve meses precedentes.
Asistencia médica: una cuota.
Maternidad:
Beneficios en efectivo: 30 cuotas semanales por parte de la mujer asegurada en los diez meses que preceden al parto.
Cuidados médicos: 15 cuotas semanales por parte de la mujer asegurada en los 10 meses que preceden al parto.
Para la esposa del asegurado, se requieren 30 cuotas semanales del marido en los 10 meses que preceden al parto.

ADMINISTRACION:

El Departamento de Seguridad Social ejerce la supervisión administrativa, financiera y técnica. El Fondo de Seguro Social Dominicano es el órgano administrador, cuyo Director General, nombrado por el Presidente de la República, dirige y coordina los servicios del Fondo.

E C U A D O R

Ley de 1935.- Actualmente gobernado por ley de Seguridad Social de 1942 y Estatuto Regulador del Fondo de Seguro.

CAMPO DE APLICACION:

Empleados a sueldo o salario.
Sistema separado para empleados públicos y empleados asalariados de bancos y empresas privadas de seguros.
Excepciones: trabajadores agrícolas, domésticos y trabajadores ocasionales y temporales.

CONTRIBUCIONES:

ASEGURADO: 5 % de las entradas.
EMPLEADOR: 7 % de los sueldos y salarios pagados.
Máximo de entradas para contribución y percepción de beneficios: 3.600 sueres por mes. Incluye cuotas para vejez, invalidez y seguro de sobrevivientes.
GOBIERNO: Producto de impuestos especiales, equivalentes al 2 % de los sueldos y salarios de los asegurados.

PRESTACIONES:PERSONAS ASEGURADAS:Enfermedad:

Efectivo: 50 % de las entradas, según la categoría de sueldos, durante las primeras cuatro semanas; a partir de allí, 40 % de las entradas. Si hay hospitalización, beneficio entregado a los familiares.
Duración: 25 semanas.
Período de espera: 3 días.
Beneficios funerarios: de 300 a 1.000 sueres, según la categoría de sueldos.

Sanitarias: Cuidados médicos quirúrgicos y dentales necesarios. Cuidados de hospital durante un máximo de 26 semanas. Si el

E C U A D O R (cont.)

cuidado apropiado no puede ser dado por el Departamento Médico, el equivalente puede ser pagado en efectivo.

Maternidad:

Efectivo: 75 % de entradas durante las tres semanas antes y cuatro después del parto.

Sanitarias: Cuidado pre y postnatal y asistencia obstétrica para el parto.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad: Nada.

Maternidad: Nada.

CONDICIONES NECESARIAS:

Para beneficios en efectivo o médicos en caso de enfermedad, se requiere el pago de 26 cuotas semanales, con 8 cuotas por lo menos en los 6 meses precedentes a la enfermedad.

Maternidad: 26 cuotas en los 12 meses precedentes al parto.

Beneficios funerarios: 26 cuotas semanales en los 12 meses precedentes a la muerte.

ADMINISTRACION:

Ministerio de Seguridad Social y Trabajo; supervisor general. Instituto Económico Nacional, institución autónoma, supervisada por el Ministerio, que realiza la supervisión directa y el control, del seguro social (incluyendo sistema para empleados públicos). La Junta de Gobierno tiene 10 miembros, incluyendo representantes de los grupos del gobierno y de médicos expertos en seguridad social.

El Fondo de Seguro es el órgano administrativo para el plan general de seguro social.

El Departamento Médico de Seguro Social provee todos los servicios médicos.

E S P A Ñ A

Ley de 1929, seguro de maternidad.
 Ley de 1942, seguro de salud. Incluye reformas a aplicarse desde el 4^o. de julio de 1949.

CAMPO DE APLICACION:

Personas empleadas con entradas no mayores de 18.000 pesetas al año. Incluye trabajadores agrícolas y domésticos.

CONTRIBUCIONES:

ASEGURADO;

No agricultores: 3 % de entradas.

EMPLEADOR;

6 % de sueldos imputables y salarios pagados.

Pagado como parte de la contribución unificada de 18 % de sueldos y salarios (empleadores 13 % y asegurados 5 %). Incluye contribuciones para seguro de vejez, e invalidez y asignaciones familiares. Los agricultores tendrán tarifas especiales.

GOBIERNO;

Seguro General de salud: nada.
 Seguro de maternidad: 144,56 pesetas por cada nacimiento; 50 pesetas para cada madre criando; 25 % del costo de la asistencia médica.

PRESTACIONES:PERSONAS ASEGURADAS:Enfermedad:

Efectivo:

50 % de entradas. Reducido al 10 % si el asegurado es hospitalizado y no tiene personas a su cargo.
 Período de espera: 4 días.
 Duración: 26 semanas en un año.

Sanitarias:

Cuidados generales y especializados; hospitalización; medicinas.

Maternidad:

Efectivo:

60 % de entradas. Si el nacimiento es múltiple, adicional de 60 % de entradas

E S P A Ñ A (cont.)

por cada hijo que exceda de uno.
 Duración: 6 semanas antes y 6 después
 del nacimiento.
 Prima de lactancia: 7 pesetas por se-
 manas por cada hijo.

Sanitarias: Asistencia médica, medicinas, cuidado
 de partera en un hospital de materni-
 dad durante 8 días o más, si fuere ne-
 cesario.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad: Efectivo, nada.
 Guaidos médicos desde el primer día
 de enfermedad, durante 26 semanas.
 Asistencia farmacéutica durante 13 se-
 manas.

Maternidad: Efectivo: prima de lactancia, igual
 que para la mujer asegurada; id. asis-
 tencia médica.

CONDICIONES NECESARIAS:

Asegurado: Enfermedad: efectivo: 6 cuo-
 tas mensuales; estar incapacitado para
 el trabajo; someterse a tratamiento mé-
 dico; duración de la enfermedad, por lo
 menos 7 días.

El beneficio de enfermedad más los otros
 beneficios del seguro, no pueden exceder
 del 90 % del salario.

Asistencia médica; no se requieren con-
 diciones especiales.

Maternidad: No debe trabajar mientras
 reciba la compensación. Debe cumplir las
 instrucciones del médico. Para beneficio
 en efectivo, 9 cuotas mensuales, por lo
 menos 6 en el año que precede al nacimien-
 to.

Otros beneficiarios: Para esposa e hijos,
 no se requiere período calificativo; pa-
 ra otros beneficiarios, 6 meses.

ADMINISTRACION:

El Instituto Nacional de Previsión, ad-
 ministra el plan por medio de la Caja
 Nacional de Seguro de Enfermedad.

FRANCIA

Ley de 1928, reformada en 1945 ampliando dicha ley a enfermedades largas.

CAMPO DE APLICACION:

Personas empleadas en la industria, comercio y servicio doméstico.

CONTRIBUCIONES:

Máximo de entradas para contribuir y recibir prestaciones: 228000 francos por año. Incluye contribuciones para seguro de invalidez, vejez, sobrevivientes.

ASEGURADO:

6 % de las entradas.

EMPLEADOR:

10 % de los sueldos y salarios pagados.

GOBIERNO:

Nada.

PRESTACIONES:

PERSONAS ASEGURADAS:

Enfermedad:

Efectivo:

Enfermedades orgánicas: 1/2 de las entradas (2/3 desde el 31o. día si hay tres o más hijos). Si hay hospitalización, se reduce a 1/2, 2/5 ó 3/5 según el número y calidad de personas dependientes del asegurado; no se reduce si hay dos o más hijos.

Duración: 6 meses.

Período de espera: 3 días.

Beneficios funerarios: 90 veces la entrada diaria.

Para enfermedades largas, igual tarifa y duración de 3 años.

Sanitarias:

Enfermedades ordinarias: 80 % del costo de los cuidados generales y especiales, medicinas, cuidados dentales, instrumentos y análisis. Honorarios determinados entre los fondos de seguros sociales y los representantes médicos.

Duración: 6 meses.

Para enfermedades largas, costo íntegro de los cuidados médicos.

FRANCIA (cont.)

Maternidad:

- Efectivo:** 1/2 de las entradas durante seis semanas antes y ocho después del parto.
Beneficios de crianza: máximo 6.820 francos para el período total de la crianza. En caso de incapacidad para criar, prima de lactancia de 2.600 a 3.900 francos, según la naturaleza y calidad de la leche utilizada.
- Sanitarias:** Costo íntegro del cuidado pre-natal, obstétrico y post-natal.

OTROS BENEFICIARIOS:

- Maternidad: Igual beneficios médicos que para la mujer asegurada. Algunos beneficios de crianza y leche.
- Enfermedad: Iguales beneficios médicos que para los asegurados, incluyendo tratamiento para enfermedades largas. No hay beneficios en efectivo.
Son beneficiarios el esposo o esposa, hijos menores de 16 años (17 si son aprendices y 20 si están en colegio o son inválidos); además si viven con el asegurado y tienen a su cuidado dos hijos por lo menos, los parientes en línea ascendente o descendente, y colaterales hasta el tercer grado.

CONDICIONES NECESARIAS:

Enfermedades ordinarias: 60 horas de empleo cubierto por el seguro, o desocupación certificada en los tres meses anteriores a la primera consulta médica.
Maternidad: entrada al seguro diez meses antes del parto; las mismas condiciones requeridas para los enfermos. Exámenes pre y post-natales, bajo penalidad de parcial descalificación en los beneficios.
Enfermedades largas: entrada al seguro un año antes del trimestre en el cual la enfermedad ocurre. 240 horas de empleo durante ese año, con 60 horas, por lo menos, de empleo o desocupación certificada en el trimestre anterior al cual la enfermedad se declara.

ADMINISTRACION:

Fondo Nacional de Seguridad Social; Cuerpo autónomo administrado bajo la supervisión del Ministro de Trabajo y Seguridad Social

FRANCIA (cont.)

con Juntas de Gobierno compuestas por los Ministros de varios Departamentos de Estado, técnicos y representantes del Fondo de Seguridad Social, trabajadores y empleados.

Fondos Regionales de Seguridad Social; principales cuerpos administrativos para vejez, invalidez (incluyendo invalidez causada por accidentes del trabajo) y seguro de sobrevivientes. Fondo Primario de Seguridad Social; cobra cuotas y procede como el principal cuerpo administrativo para el seguro de salud y maternidad y accidentes de trabajo (beneficios temporarios). Los asegurados pueden elegir el médico.

-.-

Ley del año 1928:

CAMPO DE APLICACIÓN:

Personas mayores de 14 años, que trabajan en la agricultura o selvicultura.

CONTRIBUCIONES:

ASEGURADO:	5 % de las entradas.
EMPLEADOR:	5 % de las entradas, de los asegurados.
GOBIERNO:	Nada.

Máximo de entradas para contribuir y recibir prestaciones: 228.000 francos al año. Incluye contribuciones para seguro de vejez e invalidez.

PRESTACIONES:

PERSONAS ASEGURADAS:

Enfermedad:

Efectivo:	Enfermedades ordinarias: igual que en el plan general. Id. beneficios funerarios. Provee especiales beneficios para enfermedades largas.
Sanitarias:	50 % de los costos de las medicinas y hospitalización.

FRANCIA (cont.)

Maternidad:

Efectivo: Igual tarifa diaria que para enfermedad. Prima de lactancia: máximo de 3000 francos por todo el período de crianza.

Sanitarias: Tratamiento medicinal y quirúrgico; medicinas y hospitalización

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad: Iguales cuidados médicos y hospitalización que para asegurados.

Maternidad: Iguales cuidados médicos y hospitalización que para aseguradas, lo mismo que prima de lactancia.

CONDICIONES NECESARIAS:

Deducciones totales por los dos trimestres anteriores a la enfermedad, iguales a 5 cuotas mensuales o diez cuotas mensuales durante 4 trimestres anteriores a la enfermedad.

Maternidad: 9 cuotas mensuales durante 4 trimestres anteriores al trimestre del parto, con dos deducciones al menos durante el primer trimestre.

Muerte: Por lo menos ocho de las doce cuotas mensuales anteriores a la muerte o comienzo de la enfermedad o accidente que la cause.

ADMINISTRACION:

Ministerio de Agricultura: supervisor. El plan es administrado por Federaciones de Sociedades benéficas y mutualistas.

GRAN BRETAÑA

Ley de 1911. Actualmente legislada por ley de 1946 (beneficios en efectivo) y Ley del Servicio Nacional de Salud (1946, cuidados médicos).

CAMPO DE APLICACION:

Cuidados médicos para todos los residentes.

Beneficios en efectivo: empleados y trabajadores independientes de 16 a 65 años (hombres) y de 15 a 60 (mujeres), o hasta 70 y 65 respectivamente, si no están jubilados. No es obligatorio para: 1) las personas no empleadas con una entrada no mayor de £ 104 anuales; 2) mujeres casadas empleadas.

CONTRIBUCIONES:

ASEGURADO,
EMPLEADOR Y
GOBIERNO:

Cuotas semanales, fijadas de acuerdo a la siguiente categoría de personas aseguradas: empleados, trabajadores independientes, personas que no trabajan y empleados que ganan menos de 30 s. semanales. A su vez, cada una de estas 4 categorías, incluye distintas tarifas para adultos (mujeres y hombres) y menores de 18 años (mujeres y hombres). Además, el Gobierno contribuye con un adicional para el Seguro Nacional de Salud que en el primer año (hasta el 31 de marzo de 1949) ascendió a 36 millones de £; el Parlamento debe determinar cada año el monto de esta contribución. También paga el costo del seguro no cubierto por las contribuciones.

PRESTACIONES:

PERSONAS ASEGURADAS:

Enfermedad:

Efectivo:

Adulto soltero: 26 s. por semana. Persona soltera menor de 18 años: 15 s. semanales. Con un adulto dependiente, un adicional de 16 s. semanales. Por el primer hijo, adicional de 7s.6d. semanales. Mujeres casadas con seguro propio (sin mantener al marido, sin hijos dep. y sin adultos dependientes): 15s.

GRAN BRETAÑA (cont.)

semanales.

Duración ilimitada, si se han pagado 156 cuotas semanales; 312 días, si se han pagado de 26 a 155 cuotas.

Período de espera: 3 días.

Beneficios funerarios: adultos: 20 £. £15, si menor de 18 años.

Sanitarias: Servicios generales, especiales, dentales y de hospital; medicinas e instrumentos incluyendo anteojos, etc. Cuidados de enfermera en casa si los fondos alcanzan. Suministrados por el Servicio Nacional de Salud, sin límite de duración.

Maternidad:

Efectivo: Suma global: £ 4.
Asignación de maternidad: 36 s. por semana, durante 6 semanas antes y 7 después del parto.

Sanitarias: Cuidados pre-natales, obstétricos y post-natales. En el parto, asistencia de partera o médico.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad: Iguales cuidados médicos que los asegurados.
Beneficios funerarios: adultos: £ 20.
Menores:
DE 6 a 17 años: £ 15.
De 3 a 5 " : £ 10.
Menores de 3 " : £ 6.

Maternidad: La misma suma global que para mujeres aseguradas. Además, 20 s. por semana durante 4 semanas después del parto. Los mismos servicios médicos que para aseguradas, provistos por el Servicio Nacional de Salud.

CONDICIONES NECESARIAS:

Beneficios médicos: no se requiere contribución.

Beneficios en efectivo:

Enfermedad: 26 cuotas semanales pagas.
Maternidad: 26 cuotas semanales pagas por mujer o marido asegurado, para percibir suma global. Para asignación de maternidad: 45 cuotas pagadas en las 52 semanas precedentes al período de beneficio.

GRAN BRETANA (cont.)

El trabajo está prohibido en dicho período.
Beneficios s funerarios; 26 cuotas pagadas.

ADMINISTRACION:

Ministerio de Seguro Nacional: beneficios efectivos.
Ministerio de Salud: Beneficios médicos.

G R E C I A

Ley de 1934 que entró en vigencia en 1938. Sistema general con Instituto Central de Seguro Social. Además, alrededor de 40 otros fondos, algunos más antiguos, proveen las prestaciones del seguro de enfermedad. La ley de 1922 estableció reglas generales para todos los organismos de seguro social. Se incluyen las reformas de abril de 1949.

CAMPO DE APLICACION:

Empleados a sueldo residentes en centros de seguro, personas que reciben beneficios de desocupación, pensionistas, etc. Excepciones importantes: trabajadores agrícolas y servidores domésticos. Sistemas separados para trabajadores del tabaco, artesanos pequeños industriales, trabajadores del riel, mineros, empleados de banco y trabajadores en panaderías y molinos harineros.

CONTRIBUCIONES :

ASEGURADOS: Empleados a sueldo: 15 % de entradas.
Pensionistas: 5 % de la pensión.
Otras categorías no aportan.

EMPLEADOR: 7,5 % de los sueldos pagados.

GOBIERNO: Nada.

PRESTACIONES:

PERSONAS ASEGURADAS:

Enfermedad:

Efectivo: Aproximadamente entre 35 y 60 % de sueldos, según distintas categorías, como sigue:

Promedio diario de sueldos	Beneficios diarios
hasta 5.999	2.700
6.000 - 9.499	4.400
9.500 - 12.999	5.750
13.000 - 16.499	6.750
16.500 - 19.999	7.400
20.000 - 24.999	7.99
25.000 ó más	8.500

G R E C I A (cont.)

Beneficio diario pagado por cada día de enfermedad. Acrecido en un 20 % para tuberculosis. Si hay hospitalización y el enfermo es soltero, se reduce el beneficio a 1/3; si tiene familiares, a 2/3.
 Duración: 180 días.
 Período de espera: 5 días.
 Beneficio funerario: 150.000 dracmas.

Sanitarias: Cuidados médicos generales y de especialistas, exámenes de laboratorio y rayos X, cuidados de hospital, 90 % del costo de las medicinas. Parte del costo (de 75 a 95 %) de los servicios terapéuticos. Cuidado de hospital, limitado a 3 años (excepto tuberculosis a los huesos).

Maternidad:

Efectivo: Suma global: 150.000 dracmas.
 Tarifa igual que para beneficios de enfermedad, durante 6 semanas antes y 6 después del parto.
 Asignación de crianza: igual tarifa que para enfermedad, pagadera durante 60 días después de la expiración de la asignación de maternidad.

Sanitarias: Asistencia por partera o médico; 90 % del costo de las medicinas.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad: Cuidados médicos; 90 % del costo de las medicinas.

Maternidad: La esposa del asegurado empleado o pensionista, recibe iguales beneficios médicos que las mujeres aseguradas.
 El marido recibe una suma global de 150.000 dracmas.

CONDICIONES NECESARIAS:

Enfermedad: 6 meses de afiliación, con un mínimo de 50 días de contribución en los 12 meses precedentes al reclamo del beneficio, da derecho al asegurado y sus dependientes, al beneficio de enfermedad, incluyendo beneficio en efectivo para asegurado. Para pensionistas no hay período de calificación.
 Pueden ser beneficiarios: la mujer, el marido inválido, hijos, nietos huérfa-

G R E C I A (cont.)

nos, hermanos, hermanas, madre y padre inválido (siempre que están a cargo del asegurado).

Para hijos y hermanos: edad máxima: 16 años.

Suma global de maternidad: igual contribución que la requerida por enfermedad.

Para beneficio en efectivo de maternidad e instrumentos dentales, se requiere un período adicional de calificación, de 200 días en los 2 últimos años.

ADMINISTRACION:

Supervisor: Ministerio de Trabajo. Instituto de Seguro Social; agencia autónoma con un administrador y un Consejo de 11 miembros que incluye técnicos y representantes de trabajadores y empleadores.

El Instituto tiene Oficinas locales administradas por Directores y Consejos compuestos por técnicos y representantes de trabajadores y empleadores.

H O L A N D A

Ley de 1929, reformada y completada en 1941.

CAMPO DE APLICACION:

Personas empleadas con entradas no mayores de 3.750 florines por año. Incluye agricultores, domésticos y aprendices. Excepciones importantes: trabajadores casuales, empleados públicos y marinos en el comercio exterior.

CONTRIBUCIONES:

ASEGURADOS: 2,8 % de entradas.
 EMPLEADOR: 3,8 % de sueldos y salarios pagados.
 GOBIERNO: Nada.

PRESTACIONES :PERSONAS ASEGURADAS:Enfermedad :

Efectivo: 80 % de las entradas, no excediendo de 10 florines por día.
 Duración: 52 semanas.
 Período de espera: 3 días.
 Beneficios funerarios: 50 florines.

Sanitarias: Servicios generales y especiales, medicinas, hospitalización, transporte en ambulancias y tratamiento dental (costo total de extracciones y emplomaduras; costo parcial de dentaduras). 4,50 florines por día para tratamiento en sanatorios de tuberculosos, sin límite de tiempo.
 Duración: 42 días para hospitalización; un año de impedimento para enfermedades generales. No hay límite de tiempo si el trabajador no está incapacitado.

Maternidad:

Efectivo: 100 % de las entradas durante las 6 semanas anteriores y 6 posteriores al parto. Puede ser acrecido hasta un año en caso de incapacidad producida por el parto. Además, 55 florines para cubrir el costo del parto.

H O L A N D A (cont.)

Sanitarias: Asistencia obstétrica por partera o médico.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad: Igual asistencia médica que para asegurados, excepto la asignación para sanatorio. Pueden ser beneficiarios la esposa o marido, hijos menores de 16 años y padres y abuelos necesitados, que vivan en su casa. Beneficios funerarios igual que para el asegurado. (30 florines en caso de muerte de un hijo menor de 2 años).

Maternidad: Igual asistencia obstétrica que para las mujeres aseguradas, y en efvo. 55 florines.

CONDICIONES NECESARIAS:

Enfermedad: No se requiere contribución, para ninguna clase de beneficios.

Maternidad: Para beneficios en efectivo, 156 días de seguro antes del año en el cual ocurre el parto.

ADMINISTRACION:

Beneficios en efectivo: La Sección del Seguro Social del Ministerio de Asuntos Sociales es la supervisora.

Juntas locales de trabajo y asociaciones industriales aprobadas, administran los pedidos y beneficios. Las Juntas de trabajo están supervisadas por el Banco Nacional de Seguro, el cual es gobernado por un Consejo nombrado por el Ministro (representados el Gobierno Nacional, los trabajadores y los empleadores).

El Ministro debe aprobar los reglamentos de las asociaciones industriales.

Federaciones centrales de Juntas de trabajo y de asociaciones industriales, coordinan el trabajo en los cuerpos locales. La Federación de Asociaciones es administrada por un Cuerpo central.

Asistencia médica: Ministro de Asuntos Sociales y Director General de Salud del Pueblo, supervisa y reconoce las sociedades que participan en el plan.

Las sociedades generales de enfermedad aprobadas, administran los beneficios médicos. El asegurado tiene libertad para elegir médico.

H U N G R I A.

Ley de 1891. Actualmente regida por ley de 1927.

CAMPO DE APLICACION:

Personas empleadas independientemente de la edad, sexo, entradas o nacionalidad. Incluye industria, comercio, empleados públicos, servicio doméstico, pensionistas.
Sistema separado para agricultura.

CONTRIBUCIONES:

ASEGURADOS: Nada.
EMPLEADOR: 8 % de sueldos y salarios pagados.
GOBIERNO: Nada.

PRESTACIONES:**PERSONAS ASEGURADAS:**Enfermedad:

Efectivo: 55 % de entradas (minería 60 %, industrias privadas 65 %). Acrecentado en 5 % para la esposa. Si hay hospitalización, reducido después del 31o. día al 25 % si no hay dependientes; al 50 %, si hay uno; al 75 % si hay 2 o más.
Duración: Un año. Período de espera: nada.
Beneficios funerarios: 30 veces un día de sueldo.

Sanitarias: Servicios generales, especiales y de hospital; medicinas e instrumentos; sanatorios y tratamientos de baños minerales. Costo de Instrumentos que excedan de 150 fs. pagadero por el asegurado.
Duración: un año; en caso de tuberculosis, 2 años.

Maternidad:

Efectivo: 100 % de entradas, pagadero durante 6 semanas antes y 6 después del parto.
Asignación de crianza: 3 fs. por día desde la septima a la 19a. semanas después del nacimiento.
Para servidores domésticos: 8 fs. por día; **asignación de crianza:** 3 fs.

H U N G R I A (cont.)

Sanitarias: Atención por médico o partera. Cuidado de hospital, si es necesario.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad: Iguales beneficios médicos que para los asegurados durante un año.
Beneficios funerarios: costo del entierro. máximo: 1/2 de la suma para asegurados.

Maternidad: Iguales beneficios médicos que para la mujer asegurada.
Beneficio en efectivo para la madre: 3 fs. por día durante 4 semanas antes y 18 después del parto.
Por parto y embarazo: 40 filler diarios.
Prima de lactancia: 30 filler diarios.

CONDICIONES NECESARIAS:

Enfermedad: Para percibir beneficios en efectivo o médicos, normalmente no se requiere período de calificación.
Para aparatos costosos, 12 meses de afiliación en los 24 meses precedentes a la enfermedad.
Maternidad: 9 meses de afiliación en los 24 precedentes al parto.
Beneficios funerarios: 12 meses de afiliación en los 24 precedentes a la muerte.

ADMINISTRACION:

Instituto Nacional de Seguridad Social, autónomo, con gobierno propio, subordinado a la supervisión del Gobierno en cuanto al control financiero y de la regularidad de las operaciones.
Algunos grupos más pequeños de trabajadores asegurados en Instituciones separadas.

H U N G R I A (cont.)

Agricultura: ley de 1945.

CAMPO DE APLICACION:

Peones de la agricultura y pequeños propietarios, independientemente de edad y sexo.

CONTRIBUCIONES:**ASEGURADO:**

Nada.

EMPLEADOR:

Máximo de 10 % del promedio del sueldo básico y del impuesto tasado para la tierra.

Incluye contribuciones para seguro de vejez, invalidez y sobrevivientes e indemnización a los trabajadores.

GOBIERNO:

Contribución anual del presupuesto, si es necesario.

PRESTACIONES:**PERSONAS ASEGURADAS:****Enfermedad:****Efectivo:**

Tarifa simple de beneficios determinada periódicamente por el Instituto. Base corriente de entradas: 4.800 forints por año (hombres mayores de 18 años) y 3.600 el resto de los asegurados.

Beneficio aproximado del 55½% de entradas.

Beneficios funerarios: 400 forints del primer grupo de asegurados; 300 fs, del segundo grupo.

Sanitarias:

En principio, lo mismo que para la industria y el comercio. Derecho a los beneficios médicos suministrados durante la estación de invierno (noviembre 10. a abril 30) si cubre las cuotas de 7 a 13 semanas durante el año.

Maternidad:**Efectivo:**

Lo mismo que para la industria y el comercio.

Sanitarias:

Id.

H U N G R I A (cont.)**OTROS BENEFICIARIOS:**

Enfermedad: Los mismos beneficios médicos que para industria y comercio.

Maternidad: Los mismos beneficios médicos que para la mujer asegurada.
Beneficio en efectivo: 20 veces las ganancias diarias del marido.

CONDICIONES NECESARIAS:

Enfermedad: La afiliación de 24 días en los 2 meses que preceden a la enfermedad.

Maternidad: lo mismo que para la industria y el Comercio.

ADMINISTRACION:

Instituto Nacional de Seguridad Social.

I N D I A

Ley de 1948 (Este plan aún no está en vigencia)

CAMPO DE APLICACION:

Personas empleadas en fábricas, incluyendo los componentes del clero.
Excluidas las personas que ganan más de 400 rupias por mes, trabajadores temporarios, empleados de comercio, agricultura, trabajos domésticos, y miembros de las fuerzas armadas.

CONTRIBUCIONES:

ASEGURADO Y EMPLEADOR:

Contribución de ambos basada en el término medio de ganancias diarias del asegurado, como sigue:

Término medio de las ganancias diarias:			Contribución semanal:		
Rs. A	P	á	Rs. A	P	Rs. A P
	0	"	1	0 0	0 7 0
1	0 0	"	1	8 0	0 7 0
1	5 0	"	2	0 0	0 8 0
2	0 0	"	3	0 0	0 12 0
3	0 0	"	4	0 0	1 0 0
4	0 0	"	6	0 0	1 6 0
6	0 0	"	8	0 0	1 14 0
8	0 0	"	...		2 8 0

GOBIERNO:

2/3 del costo de administración pagada por el gobierno central en los 5 primeros años.
Parte del costo de los cuidados médicos pagados por el Gobierno Provincial.

PRESTACIONES:

PERSONAS ASEGURADAS

Enfermedad:

Efectivo: Aproximadamente, 7/12 de las entradas para aquéllos que ganen más de 260 rupias por mes.
Duración: 56 días en cada año.
Período de espera: 2 días.

Sanitarias: Asistencia médica suministrada por el Gobierno Provincial o la Corporación de Em-

I N D I A (cont.)

pleados del Estado (el standard del tratamiento debe ser uniforme.

Maternidad:

Efectivo: 12 annas por día durante 12 semanas, de las cuales no más de 6 deben preceder al parto.

Sanitarias: Asistencia médica costeada por los Gobiernos Provinciales o por la Corporación del Seguro de Empleados del Estado.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad: Nada. La asistencia médica será suministrada si el Gobierno Provincial lo solicita y si la Corporación tiene los fondos necesarios.

Maternidad: Igual que para enfermedad.

CONDICIONES NECESARIAS:

Enfermedad: Para beneficios en efvo., período de contribución de 26 semanas consecutivas con 12 cuotas semanales, da derecho a un período de prestaciones de 26 semanas.

Cuidados médicos suministrados durante las semanas cuyas cuotas sean pagadas o durante las cuales el asegurado es calificado para el beneficio en efvo.

Maternidad: Para beneficios en efvo., período de contribución igual que para enfermedad; por lo menos una cuota entre 35 y 40 semanas antes del parto.

Para asistencia médica, id. enfermedad.

ADMINISTRACION:

Corporación de Seguro de Empleados del Estado. La Junta de Gobierno incluye al Ministro de Trabajo como presidente, y al Ministro de Salud como vice-presidente, con representantes de los asegurados, empleadores, Gobierno Central, Gobiernos Provinciales, médicos y Legislatura Central. Las Oficinas Regionales de la Corporación llevan los registros de cuotas y beneficios. Oficinas locales pagan beneficios. Gobiernos Provinciales administran los beneficios médicos.

IRLANDA

Ley del año 1911.

CAMPO DE APLICACION:

Personas empleadas entre 16 y 70 años; Excepciones: trabajadores no manuales que ganen más de £ 500 al año, trabajadores accidentales que no trabajen en el comercio, aprendices no pagados, hijos de empleadores que no perciban sueldo, personal de maestranza en los organismos públicos y otros que tengan derecho a beneficios equivalentes.

CONTRIBUCIONES:

(Incluyen contribuciones para seguro de invalidez).

ASEGURADO:

Hombres: 6 peniques por semana.
Mujeres: 5 peniques por semana.

EMPLEADOR:

Por cada trabajador cubierto por el seguro; hombres, 6 $\frac{1}{2}$ peniques semanales; mujeres, id.

GOBIERNO:

2/9 del costo de beneficios y administración local, y costo íntegro de la administración central.

PRESTACIONES:

PERSONAS ASEGURADAS:

Enfermedad:

Efectivo:

Beneficio total semanal: hombres, 22 chelines, 6 peniques; mujeres, 18 chelines.
Duración: 26 semanas.
Beneficio semanal reducido: hombres, 16 chelines, 6 peniques; mujeres: 13 chelines, 6 peniques.
Período de espera: 3 días.

Sanitarias:

Tratamiento dental y óptico; instrumentos; tratamiento médico especial y quirúrgico, instrumentos médicos y quirúrgicos. Tratamiento en hospitales y casas de convalecencia.

Maternidad:

Efectivo:

Suma total: £ 4.

Sanitarias:

Nada.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad:

Nada.

IRLANDA (cont.)

Maternidad: Suma total : £ 2.

CONDICIONES NECESARIAS:

Enfermedad: beneficios totales en efectivo, 104 cuotas semanales.
Beneficios reducidos: 26 semanas de seguro con 26 cuotas semanales pagadas.
Beneficios médicos: 3 años de seguro, 104 cuotas semanales pagadas.
Suma total para maternidad: 42 semanas de seguro con 42 cuotas semanales pagadas.
La mujer pierde sus derechos acumulados al seguro cuando se casa. Recibe una suma total variable entre 30 shelines y £ 3 según el número de cuotas pagadas. Si continúa empleada, debe completar un nuevo período de calificación para recuperar su derecho al seguro.
Cuotas disculpadas durante las 4 semanas siguientes al parto.

ADMINISTRACION:

Departamento de Seguridad Social: administración central y supervisión de operaciones de la Sociedad de Seguro Nacional. Esta última dirigida por una comisión de 15 miembros; el presidente y 3 síndicos nombrados por el Ministro; 3 representantes de los empleadores, también nombrados por el Ministro; 3 representantes de los trabajadores organizados nombrados por el Congreso Irlandés de Unión de Comercio; 5 representantes de los trabajadores no organizados, elegidos por sus miembros.
Pagos hechos por los agentes locales de La Sociedad Nacional de Seguro de Enfermedad.

I S L A N D I A

Ley de 1936.- Actualmente rige la ley del año 1946.

CAMPO DE APLICACION:

Todos los ciudadanos reciben las prestaciones mientras residen en el país, contribuyendo desde la edad de 16 a 67 años.

CONTRIBUCIONES:

ASEGURADO:

La tarifa básica de la ley fué aumentada en 1948 (alrededor de un 300 %) por aumento en el costo de la vida.
Tarifas básicas por año en coronas: (primera cifra, ciudades de más de 2.000 habitantes; segunda cifra, otros sitios):
Hombres casados : 180 ó 138;
Hombres solteros: 144 ó 108;
Mujeres solteras: 108 ó 84.
Incluye contribuciones para seguro de pensión y asignaciones familiares.
La parte correspondiente a servicios médicos (no más de 30 % del total), puede ser cancelada si las facilidades no se utilizan. Las personas con pequeñas entradas, pagan una parte de la cuota, quedando el resto y aún toda la cuota a cargo de la Municipalidad de su residencia. El gobierno puede aumentar las tarifas hasta el 10 %, si es necesario.

EMPLEADOR:

Nada, excepto las cuotas de los aprendices.

GOBIERNO :

El Gobierno Nacional resarce el déficit. La Municipalidad tiene a su cargo parte del total de la suma fijada (4,5 millones de coronas por año, que se aumenta por cambio en el costo de la vida) como sigue:
a) 2/5 en proporción al total del costo del seguro social en la zona;
b) 2/5 en proporción a las entradas imponibles de compañías e individuos de la zona.
c) 1/5 en proporción a los residentes de la zona entre 16 y 67 años.
El costo de asistencia médica a los pensionistas está a cargo del Gobierno Nacional.

I S L A N D I A (cont.)

PRESTACIONES:

PERSONAS ASEGURADAS:

Enfermedad:

Efectivo:

Tarifa: (primera cifra, tarifa diaria básica de ciudades de más de 2.000 habitantes; segunda cifra, otras zonas; todas las tarifas básicas fueron aumentadas en 1948 alrededor de un 300 % por cambios en el costo de la vida); Hombres casados cuya mujer no trabaja: 6 ó 5 coronas; otros, 5 ó 4 coronas. Más asignaciones familiares de 400 ó 300 coronas por año para cada hijo menor de 16 años. Máximo: 75 % de la disminución de las entradas.

Duración: 26 semanas al año. Puede ser aumentada por autorización especial. Período de espera: 14 días para empleados y trabajadores independientes cuyo trabajo depende de ellos mismos. Los empleados permanentes reciben 14 días de sueldo de parte del empleador. Debe probarse la pérdida de la entrada por causa de la enfermedad.

Sanitarias:

Servicios médicos públicos, incluyendo hospitalización sin límite de tiempo. Cuando los beneficios no pueden ser utilizables, se reembolsa un 75 % del costo sobre honorarios establecidos, tratamiento necesario, etc.

El costo íntegro de la hospitalización autorizada y de las medicinas indispensables; la mitad del costo de otras medicinas prescritas. Costo íntegro de rayos X, fluoroscópicos u otros exámenes. Reembolso de la mayor parte de los gastos por transporte de los pacientes y médicos.

Maternidad:

Efectivo:

Suma global: 180 coronas. Además, 110 coronas por mes durante 6 semanas antes y 6 después del parto.

Todos los beneficios en efectivos se aumentan por los cambios en el costo de la vida.

Sanitarias:

Costo íntegro de la hospitalización o atención obstétrica en la casa.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad:

Los mismos beneficios médicos que para

I S L A N D I A (cont.)

asegurados; no hay beneficios en efvo.

Maternidad: 80 coronas como suma global. Además, pago adicional de 120 coronas. Los mismos servicios médicos que para las mujeres aseguradas.

CONDICIONES NECESARIAS:

No hay número de cuotas para los beneficios. Los asegurados son responsables del pago de sus propias cuotas, siendo los beneficios en efectivo y médicos disminuidos en proporción directa a la falta de pago de las cuotas debidas en el pasado año.

No hay disminución en los beneficios para maternidad.

Los beneficios en efectivo para enfermedad no son pagaderos si la enfermedad es debida al uso de alcohol, narcóticos, etc., ni tampoco en enfermedades epidémicas.

Las mujeres casadas no pueden recibir beneficios en efectivo, salvo el caso de que el marido sea incapaz de mantenerla.

ADMINISTRACION:

Ministro de Justicia y Asuntos Sociales: supervisor.

Instituto Estatal de Seguridad Social: (director hombrado por el Ministro) administra el plan por medio de la Oficina Central y ramas.

La Junta de Gobierno (Consejo de Seguridad Social) tiene cinco miembros elegidos sobre bases de representación proporcional.

Un Comité de tres miembros de médicos especialistas, aconseja al Instituto sobre asuntos de salud.

En el plano local, 5 miembros forman el Comité de consulta; son elegidos por los gobiernos locales, después de elecciones sobre bases de representación proporcional.

Contribuciones pagadas al Gobierno en concepto de impuesto a la renta y a la propiedad. Se usa el sistema de sellos con estampillas valuadas en las oficinas del Instituto, Oficinas de Correos, etc. Las autoridades locales establecen los impuestos anuales obligatorios a todos los residentes.

I T A L I A

Ley de 1943, estableciendo la fusión de los fondos mutuales existentes, regulados por leyes anteriores (industria).

AMPO DE APLICACION:

Personas empleadas en la industria, sin distinción de sexo, edad ni entradas. Incluye trabajadores domésticos, determinadas categorías de las fuerzas armadas y empleados asalariados de ferrocarriles y navegación interior.

CONTRIBUCIONES:

ASEGURADO:

Nada.

EMPLEADOR:

Para trabajadores a sueldo : 5 % del sueldo.

Para empleados asalariados: 3 % de los salarios.

El máximo de sueldo o salario para contribución y beneficios suministrados, no debe exceder del máximo fijado para asignaciones familiares (750 liras diarias).

GOBIERNO:

Nada.

PRESTACIONES:

PERSONAS ASEGURADAS:

Enfermedad:

Efectivo:

Trabajadores a sueldo: 50 % del promedio de sueldos en los últimos dos períodos pagados. Si hay hospitalización y no otros beneficiarios, reducido a 2/5 de los beneficios normales, pagados durante un mes solamente; si hay otros beneficiarios: 3/5 del beneficio normal durante todo el período legal.

Empleados asalariados: nada.

Duración: 150 días en el año (ampliado si la enfermedad se prolonga a un nuevo año).

Para enfermedad crónica: máximo de 90 días del beneficio en efectivo por año, durante no más de tres años consecutivos.

Período de espera: 3 días.

Beneficios funerarios: trabajadores a sueldo: 2.000 liras; empleados asalariados, 500 liras más 100 liras por cada persona que de él dependa.

I T A L I A (cont.)

Sanitarias: Trabajadores a sueldo: beneficios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospital hasta 180 días por año. Instrumentos ortopédicos.
Empleados asalariados: igual que los trabajadores a sueldo más suplementos especiales en efectivo para operaciones quirúrgicas en la casa o para asistencia en hospitales que no tengan contrato con el Instituto.

Maternidad:

Efectivo: Global: 1.000 liras.

Sanitarias: Asistencia médica general y especial en clínicas, en la casa o en hospitales.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad:

No hay beneficios en efectivo.
Beneficios médicos iguales que para los asegurados, limitados a un máximo de 30 días de hospitalización en el año.
Pueden ser beneficiarios: hijos, esposos, padres mayores de 60 años (padre) y 55 (madre) y hermanos y hermanas.

Maternidad:

No hay beneficios en efectivo.
Beneficios médicos iguales que para las mujeres aseguradas.

CONDICIONES NECESARIAS:

Trabajadores a sueldo: tan pronto como se emplean.

Empleados asalariados: 30 días de empleo y pago de una cuota mensual.

ADMINISTRACION:

Instituto de Asistencia para Trabajadores Enfermos con ramas provinciales y territoriales. Algunos fondos mutuales, especialmente fondos de industria y fondos para trabajadores públicos, conservan su autonomía.

I T A L I A (cont.)

Ley de 1943, estableciendo la fusión de fondos mutuales existentes, regulados por leyes anteriores (comercio).

CAMPO DE APLICACION:

Personas empleadas en el comercio entre los 14 y 65 años. Plan separado para asalariados en instituciones de crédito y de seguros y sus subsidiarias. Pequeños planes separados, con variaciones detalladas en las leyes y reglamentos, para varios grupos de trabajadores de comercio (barberos, changadores, etc.)

CONTRIBUCIONES:

ASEGURADO:	Nada.
EMPLEADOR:	4,5 % de sueldos y salarios pagados, hasta 750 liras por día.
GOBIERNO:	Nada.

PRESTACIONES:PERSONAS ASEGURADAS:Enfermedad:

Efectivo:	50 % de entradas. Duración: 180 días en un período de 12 meses. Período de espera: 3 días. Beneficios funerarios: 2.000 liras.
-----------	---

Sanitarias:	Servicios médicos en las dependencias del Instituto o, a opción del asegurado, reembolso en efectivo para servicios privados que se elijan, iguales a los gastos en el Instituto para los cuidados correspondientes. Máxima duración: 180 días.
-------------	--

Maternidad:

Efectivo:	1.000 liras.
Sanitarias:	Igual que para enfermedad.

I T A L I A (cont.)

OTROS BENEFICIARIOS:Enfermedad:

Para mayores de 16 años: reembolso en efectivo de cuidados médicos y farmacéuticos. Máximo: 150 días en 12 meses; hospitalización: hasta 60 días en 12 meses.

Para hijos hasta 6 años: servicios generales y especiales de pediatría, incluyendo hospitalización e instrumentos.

Son beneficiarios: esposas, hijos, padres, hermanos y cualquier otros pariente para el cual las asignaciones familiares sean pagaderas.

Maternidad:

Pago en efectivo servicios del parto, desde 30 días antes hasta 30 días después del mismo.

CONDICIONES NECESARIAS:

30 de seguro (no requeridos en caso de enfermedad contagiosa y ciertas enfermedades agudas).

La enfermedad debe ser de no menos de 3 días de duración.

ADMINISTRACION:

Instituto de Asistencia para Trabajadores Enfermos.

Ley de 1943 para agricultura:

CAMPO DE APLICACION:

Personas entre 12 y 65 años, empleados en la agricultura, independientemente de sus entradas.

Incluye cosechadores y colonos.

CONTRIBUCIONES:

ASEGURADO:

Nada.

GOBIERNO:

Nada.

I T A L I A (cont. ley agricultura).

EMPLEADOR:

Tarifa de 1948: para trabajadores hombres permanentes: 16,50 liras por día. Mujeres trabajadoras permanentes: 12,50 liras por día.
 Labradores varones: 25 liras por día. Labradoras mujeres: (y jóvenes): 17,50 liras por día.
 Colonos y cosechadores: 6,13 liras por día.
 Las contribuciones son iguales al 5 % del promedio de entradas.

PRESTACIONES:**PERSONAS ASEGURADAS:****Enfermedad:****Efectivo:**

Tarifa: 150 liras por día para empleados varones permanentes. Reducida para trabajadores ocasionales.
 Tarifa para mujeres y jóvenes: aproximadamente $\frac{2}{3}$ de la anterior.
 Cosechadores y colonos no tienen derecho a prestaciones en efectivo.
 Duración: 180 días, en un año.
 Período de espera: 3 días.

Sanitarias:

Cuidados generales, especiales y de hospital por un máximo de 180 días en un año. Terapéutica farmacéutica y especial y beneficios de baños (esto último por un máximo de 15 días).

Maternidad:**Efectivo:**

Importe igual a 15 días del beneficio de enfermedad. Beneficios reducidos para grupos especiales que pagan tarifas más bajas.

Sanitarias:

Nada especificado, excepto en caso de complicaciones.

OTROS BENEFICIARIOS:**Enfermedad:**

Cuidados generales, especiales y de hospital por un máximo de 180 días en un año.
 Pueden ser beneficiarios: hijos, esposa, marido (si tiene más de 65 años o es inválido), padres, hermanos y sobrinas.

Maternidad:

Nada especificado.

I T A L I A (cont.)

CONDICIONES NECESARIAS:

El asegurado debe estar registrado como trabajador agrícola en la oficina de la Comuna.

ADMINISTRACION:

Instituto de Seguro para Trabajadores Enfermos, con ramas provinciales y territoriales.

-.-

Ley de 1927 que establece el seguro de tuberculosis, con un amplio campo de aplicación:

CAMPO DE APLICACION:

Personas empleadas de 14 a 60 años (hombres) y de 12 a 55 (mujeres). Incluye trabajadores domésticos, peones de granja y cosechadores.

CONTRIBUCIONES:

ASEGURADO:

Nada.

EMPLEADOR:

2,5 % de sueldos y salarios pagados, hasta 730 liras por día, por trabajador. En 1939 se dictó una ley estableciendo tarifas básicas para distintas clases de sueldos y salarios.

GOBIERNO:

Nada.

PRESTACIONES:

PERSONAS ASEGURADAS:

Enfermedad:

Efectivo:

Sumas nominales fijadas por ley del año 1939, más suplementos por cambios en el costo de la vida. Pagados durante la asistencia en hospital (hasta 2 años) y convalecencia (hasta 270 días). Máximo: 500 liras diarias.

I T A L I A (cont. seguro de tuberculosis).

Sanitarias: El principal beneficio consiste en la asistencia en hospitales e institutos de convalecencia.
Cuidados de post-hospital; asistencia en el hogar o en el dispensario.
No hay límite de tiempo establecido.

OTROS BENEFICIARIOS:

Iguales cuidados de hospital y médicos que para los asegurados.
Beneficios en efectivo de post-hospital: 300 liras diarias durante 180 días para adultos, aumentado si son los hijos.

CONDICIONES NECESARIAS:

Por lo menos, dos años desde la entrada al seguro. Contribuciones de un año en los 5 que preceden al reclamo. No se requiere nuevo período de habilitación para la persona que ya ha recibido el beneficio.

ADMINISTRACION:

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social: supervisor.
Instituto Nacional de Seguro Social: institución autónoma.

J A P O N

Ley de 1922, que comenzó a aplicarse en 1927.

CAMPO DE APLICACION:

Empleados en empresas que utilizan 5 o más personas.
Excepciones: personas cubiertas por seguros de marinos, de empleados públicos; trabajadores casuales.
Los miembros de la Asociación Nacional de Seguro de Salud, pueden ser exceptuados si lo solicitan.

CONTRIBUCIONES:ASEGURADO Y EMPLEADOR:

4 % de entradas imputables, dividido en partes iguales entre el asegurado y el empleador.
Máximo de entradas para contribuir y recibir las prestaciones: 13.500 yens por mes.

GOBIERNO:

Costo de la administración.

PRESTACIONES:PERSONAS ASEGURADASEnfermedad:

Efectivo: 60 % de entradas, reducido a 40 % si hay hospitalización y no dependientes.
Duración: 6 meses (18 meses para tuberculosis).
Beneficios funerarios: un mes de entradas (mínimo: 500 yens.)

Sanitarias: 80 % del costo de la asistencia médica, salvo que toda la asistencia sea prestada por hospital o clínica.
Máxima duración: 2 años. Si el beneficiario deja el empleo cubierto por el seguro durante el tratamiento, no se prolonga más de un año después.

Maternidad:

Sanitarias: Asistencia obstétrica en un hospital del seguro.

J A P O N (cont.)

Maternidad

Efectivo:

Tarifa igual que para enfermedad.
Duración: 42 días antes y 42 después del parto.

Además; suma global equivalente al 50 % de las entradas mensuales, más prima de lactancia durante los seis meses subsiguientes al parto.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad:

50 % del costo de la asistencia médica.
Beneficios funerarios igual al 50 % de las entradas mensuales del trabajador asegurado.

Maternidad:

La esposa del asegurado tiene derecho a una suma global igual al 25 % del sueldo mensual del asegurado.
Prima de lactancia, igual que para la mujer asegurada.

CONDICIONES NECESARIAS:

No se requiere contribución para beneficios en efectivo o médicos, sea en caso de enfermedad o maternidad.
Los beneficios funerarios son pagados únicamente si la muerte ocurre dentro de los tres meses después de la terminación de las prestaciones médicas.
Para beneficios de maternidad se requiere que el parto tenga lugar después de la entrada al empleo cubierto o dentro de los 6 meses posteriores al retiro de dicho empleo.

ADMINISTRACION:

Ministro de Seguridad: supervisor.
Alrededor de la mitad de los trabajadores asegurados, dependen de las Oficinas de Seguridad, dependientes del Ministro.
El resto de los trabajadores asegurados son miembros de sociedades autónomas de seguros de salud, limitadas generalmente a una sola empresa.

J A P O N (cont.)

"Seguro Nacional de Salud" (asociaciones subvencionadas y reglamentadas por ley de 1938).

CAMPO DE APLICACION: Personas no cubiertas por el seguro de salud o plan especial, incluyendo principalmente zonas rurales, trabajadores independientes y trabajadores en pequeñas firmas.

CONTRIBUCIONES:

ASEGURADO: Tarifa básica variable según los reglamentos de cada asociación, aumentada en proporción a las entradas de los asegurados y al número de beneficiarios.

EMPLADOR: Nada.

GOBIERNO: El Gobierno Nacional cubre todo o parte de los servicios, los cuales están a esos efectos clasificados en distintas categorías.

PRESTACIONES:**PERSONAS ASEGURADAS:****Enfermedad:**

Efectivo: Nada, excepto como reembolso parcial de la asistencia médica.

Sanitarias: Asistencia médica general o reembolso de alrededor de un 50 % del costo standard (desde 20 % a 80 %, según las finanzas de cada asociación).

Maternidad:

Efectivo: Nada.

Sanitarias: Igual que para enfermedad, variando según las asociaciones.

OTROS BENEFICIARIOS:**Enfermedad y****Maternidad:**

Igual que para los asegurados.

CONDICIONES REQUERIDAS: Única condición: pago de las cuotas.

ADMINISTRACION:

Ministro de Seguridad: supervisor. Las agencias administrativas son alrededor de 10.000 asociaciones de seguro de salud, cuerpos autónomos voluntariamente organizados, que fijan cuotas y tarifas de beneficios. Forman la Federación Nacional de las Asociaciones.

LUXEMBURGO

Ley de 1901.- Actualmente regido por leyes de 1925 y 1946).

CAMPO DE APLICACION:

Personas empleadas, incluyendo servicio doméstico, empleados asalariados con una entrada no mayor de 60.000 frs. anuales y pensionistas de vejez e invalidez.

Exclusiones importantes: profesionales, trabajadores casuales empleados por menos de una semana.

CONTRIBUCIONES:ASEGURADO:

Empleados a sueldo: 4 % de entradas hasta 180 francos por día.

Empleados asalariados: 3 % de entradas.

EMPLEADOR:

Para trabajadores a sueldo: 2 % de sueldos pagados hasta 180 francos por día.

Para empleados asalariados: 1,5 % de salarios pagados.

GOBIERNO:

50 % del costo de la administración de las cajas regionales de enfermedad. Costo de Inspección de Instituciones Sociales.

PRESTACIONES:PERSONAS ASEGURADAS:Enfermedad:Efectivo:

50 % del sueldo básico. Los beneficios pueden ser aumentados a 75 % de las entradas básicas. Si hay hospitalización los dependientes reciben 25 % del sueldo básico. Puede ser aumentado al 75 %. Duración: 26 semanas (puede extenderse a un año).

Período de espera: 3 días.

Beneficios funerarios: 20 veces el término medio de las entradas diarias, pero no menos de 500 francos. Puede ser aumentado a 40 veces la base de entradas.

Sanitarias:

Asistencia general y especial; medicinas, instrumentos y asistencia dental, tan larga como sea necesario.

L U X E M B U R G O (cont.)

Maternidad:
Efectivo:

Tarifa igual que para enfermedad. Si hay hospitalización, no se paga el beneficio en efectivo.
Asignación de maternidad: 100 francos, más un suplemento de 250 francos.
Duración: 10 semanas, que pueden extenderse hasta 13.
Prima de lactancia: 1/2 de la suma del beneficio de maternidad, durante 26 semanas.

Sanitarias:

Servicios de partera o médico, si es necesario; medicinas, hospitalización.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad:

Asistencia médica por período ilimitado; 50 % del costo de las medicinas e instrumentos. Parte del costo de la hospitalización.

Maternidad:

Asistencia de partera o médica, medicinas, hospitalización. 5 francos por día durante 10 semanas.
Beneficios suplementarios: 50 % del beneficio de enfermedad del asegurado, durante no más de 13 semanas.
Prima de lactancia: 2,50 francos por día durante 26 semanas.
Asignación de maternidad: igual que para las mujeres aseguradas.

CONDICIONES NECESARIAS :

Para beneficios en efectivo, pertenecer al seguro durante 6 meses, no reconociéndosele derechos cuando la enfermedad existía al momento de la afiliación. Para prestaciones médicas, ninguna condición.

Maternidad: 10 cuotas mensuales en los dos años precedentes al parto; por lo menos 6 en el año inmediatamente anterior al parto.

Para beneficios a otras personas, se requiere que sean miembros de su familia y que vivan a sus expensas.

ADMINISTRACION:

El Ministro de Trabajo y Seguridad Social supervisa las cajas a través de las Oficinas de Inspectores de Seguros Sociales.

3 Cajas regionales de enfermedad, y 9 cajas de empresa.

Libre elección de médicos y farmacéuticos.

M E J I C O

Ley de 1942. Se incluyen reformas de abril de 1949.-

CAMPO DE APLICACION:

Personas empleadas bajo contrato de trabajo o aprendizaje (sujeto a limitaciones transitorias, como se nota más abajo).

El plan opera desde enero de 1949 en las siguientes zonas: Distrito Federal, zona industrial adyacente; Municipalidades de Puebla, Monterrey, Guadalajara, Orizaba y Tlaxcala. La ley autoriza al Presidente de la República a poner en acción el plan en otras zonas del país. Importantes gremios exceptuados: agricultores, domésticos, trabajadores temporarios y ocasionales, empleados públicos y trabajadores en su familia.

CONTRIBUCIONES:ASEGURADO:

Aproximadamente 2 % de entradas, según la categoría de sueldos.

EMPLEADOR:

Aproximadamente 4 % de entradas, según la categoría de sueldos. Por contrato colectivo de trabajo, el empleador también paga la cuota del asegurado en algunas clases.

GOBIERNO:

Suma igual al 50 % de la contribución de los empleadores.

Máximo de entradas para contribución y beneficios: \$ 26,40 por día.

PRESTACIONES:PERSONAS ASEGURADAS:Enfermedad:Efectivo:

Aproximadamente 40 % de entradas, según la clase de sueldos. Si hay hospitalización no se entrega suma en efectivo al asegurado, pero sí a la esposa e hijos el 50 % del beneficio.

Para enfermedades largas, el beneficio se acrecienta en un 10 % desde la 14^a semana, y en 20 % después de la 27^a.

M E J I C O (cont.)

Duración: 39 semanas.
 Período de espera: 4 días.
 Beneficios funerarios: \$ 250.

Sanitarias: Asistencia médica, quirúrgica y dental.
 Hospitalización; medicinas.
 Duración: 39 semanas.

Maternidad:

Efectivo: Igual que para enfermedad, durante 42 días antes y 42 días después del parto. Acreditado en 100 % de entradas durante 8 días antes y 30 después del parto. Prima de lactancia: si no se suministra leche, $\frac{1}{2}$ del beneficio normal en efvo. para enfermedad, pagadero hasta 6 meses después del parto.

Sanitarias: Asistencia obstétrica. Prima de lactancia en leche suministrada durante 6 meses después del parto. Canastillo.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad: La esposa e hijos menores de 15 años, tienen derecho a igual asistencia médica que los asegurados.

Maternidad: No hay beneficios en efectivo, pero la esposa tiene derecho a igual asistencia médica que la mujer asegurada.

CONDICIONES NECESARIAS:

Enfermedad: No se requiere contribuciones para asistencia médica. Para prestaciones en efvo., 6 cuotas semanales durante los 6 meses precedentes a la enfermedad.
Maternidad: No se requiere contribuciones para asistencia médica. Para prestaciones en efvo., 30 cuotas semanales en los 10 meses anteriores al parto.

ADMINISTRACION:

Ministro de Economía: supervisor general. Instituto Mexicano de Seguridad Social, Cuerpo Autónomo bajo la supervisión del Ministro. Oficinas Regionales del Instituto. La Asamblea General del Instituto compuesta de 30 miembros (10 por el Gobierno, 10 por los trabajadores y 10 por los empleadores) nombra un Cuerpo Técnico que es su representante legal. El Instituto opera con sus propias clínicas, hospitales, farmacias, etc.

NORUEGA

Ley de 1909. Actualmente rige la ley de 1930.

CAMPO DE APLICACION:

Personas empleadas mayores de 15 años, cuya remuneración es total o parcialmente en efectivo, y cuyas entradas no excedan de un límite fijado por la Corona (9.000 coronas por año en 1948). Incluye a los empleados públicos y a ciertos grupos no pagados en efectivo bservicio doméstico, granjeros, arrendatarios y aprendices. Incluye pescadores que no tengan negocio propio y hombres de mar en comercio exterior, pesca de ballenas y caza de focas. Seguro voluntario subsidiado para los trabajadores independientes, sujetos al mismo límite de entradas que los empleados.

CONTRIBUCIONES:

ASEGURADO:	6/11 del costo del seguro obligatorio. 7/10 del costo del seguro voluntario.
EMPLEADOR:	2/11 del costo del seguro obligatorio. Nada del seguro voluntario.
GOBIERNO:	3/11 del costo del seguro obligatorio, de los cuales 1/11 es subsidio comunal. 3/10 del costo del seguro voluntario, del cual 1/10 es subsidio comunal.

PRESTACIONES:

PERSONAS ASEGURADAS:

Enfermedad:

Efectivo: De 2 a 6 coronas por día, de acuerdo a la categoría de sueldos; la mitad del beneficio por incapacidad parcial. Mas 0,67 coronas por día (4 coronas por semana) para el cónyugue y para cada hijo menos de 16 años. Si hay hospitalización no hay beneficio para el asegurado, pero 2/3 del beneficio para los familiares más cercanos y el resto a los demás beneficiarios. Duración: 52 semanas para enfermedad ordinaria; 2 años para tuberculosis, cáncer y poliartritis. Período de espera: 3 días. Beneficios funerarios: 200 coronas.

N O R U E G A (cont.)

Sanitarias: Atención médica y dental, o pago de estos servicios de acuerdo con la lista de honorarios. Hospitalización hasta un año (2 años por tuberculosis, etc.) Fisioterapia, gastos de viaje hasta el hospital o consultorio.

Maternidad:

Efectivo: Igual tarifas que para beneficios de enfermedad, pagadas durante 6 semanas antes y 6 después del parto. Beneficio mínimo: 100 coronas. Si es hospitalizada en una maternidad, no se paga beneficio en efectivo a la asegurada, pero entrega dichas prestaciones a los familiares (igual que para enfermedad).

Sanitarias: Asistencia por partera o pago por dichos servicios de acuerdo al arancel. Asistencia en maternidad.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad: Iguales cuidados médicos y hospitalización que para el asegurado. Tratamientos de enfermedades congénitas, en niños hasta los 7 años. Beneficios funerarios: hasta 200 coronas por la muerte del marido, mujer o padres. 100 coronas por la muerte de un hijo.

Maternidad: Esposa del asegurado: atención de partera y asistencia en una maternidad durante 2 semanas. Beneficio en efectivo: 100 coronas.

CONDICIONES NECESARIAS:

Para beneficios de enfermedad en efectivo: ser socio del fondo, por lo menos 14 días, salvo si es anteriormente miembro de otro fondo. No hay período requerido para beneficios médicos. Maternidad: ser socia del fondo, por lo menos los 10 meses que preceden al parto, tanto para beneficios a la mujer asegurada, como para la esposa del asegurado. La interrupción de 6 semanas en 10 meses, no descalifica a la mujer asegurada.

NORUEGA (cont.)ADMINISTRACION:

Departamento de Asuntos Sociales, oficina de gobierno encargada al manejo del servicio público de salud.

La Institución del Seguro de Estado, dentro de dicho Departamento, supervisa las cajas del seguro de enfermedad y aprueba los contratos con los médicos.

Los Departamentos o Cajas Locales del seguro son de tres tipos: 1) fondos públicos de seguros, de los que hay por lo menos uno en cada comuna; 2) fondos privados aprobados y 3) fondos de empresa aprobados, que funcionan en Fábricas, etc.

Los Fondos Públicos de Seguros son Cuerpos autónomos que actúan con Juntas de Gobierno de 5 miembros: tres personas aseguradas, un empleador y un empleado municipal.

El Asegurado puede elegir el médico.

N U E V A Z E L A N D I A

Ley de 1938.

CAMPO DE APLICACION:

Residentes entre los 16 y 65 años.

CONTRIBUCIONES:

ASEGURADOS: 7,5 % de las entradas brutas.

EMPLEADOR: 7,5 % de las entradas netas de la empresa.

GOBIERNO: Compensa el déficit con rentas generales. (en 1947b1948, sufragó el 38 % del total de cargas de seguridad social).

Incluye contribuciones para todo el plan de seguridad social, excepto pensiones de guerra y pensiones a los empleados públicos.

PRESTACIONES:PERSONAS ASEGURADAS:Enfermedad:

Efectivo: Entre 16 y 19 años, no habiendo otros beneficiarios: £ 1-5-0 semanal.
 Otras tarifas: £2-5-0. Asignación a esposas o amas de casa: £ 2-5-0.
 Se agrega 10 s. por cada hijo.
 La ley prevé ciertos casos en que la tarifa es reducida por circunstancias especiales.
 Período de espera: 7 días.
 Duración: período de incapacidad o hasta que se tenga derecho a otro beneficio, por ejemplo, seguro de invalidez.

Sanitarias: Servicios médicos generales, hospitalización, medicinas; rayos X, masajes, servicios de laboratorio.
 Los servicios médicos son reembolsables de acuerdo a la lista de honorarios.
 Asistencia en hospitales públicos; asistencia en hospitales privados reembolsados a razón de 9 s (chelines) por día.

NUEVA ZELANDIA (cont.)

Maternidad:

Efectivo: Nada.

Sanitarias: Hospitalización, asistencia de maternidad, medicinas. Atención en el hogar, si fuera necesario.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad:

Efectivo: nada.

Asistencia médica, igual que para los asegurados.

Cuidados dentales gratuitos hasta los 16 años.

Maternidad:

Efectivo: nada.

Asistencia médica como para la mujer asegurada.

CONDICIONES NECESARIAS:

Efectivo: para enfermedad, desde los 16 años, 12 meses de residencia, que esté incapacitado temporariamente para el trabajo por la enfermedad accidente y que con ello sufran disminución en sus entradas. La mujer casada no tiene derecho, a menos que el marido esté incapacitado para mantenerla.

El beneficio no puede exceder las entradas perdidas por causa de la enfermedad. No es pagadero durante las ausencias del país.

Cuidados médicos: todos los miembros de la familia, residentes en Nueva Zelanda.

ADMINISTRACION:

Departamento de Seguridad Social: supervisor.

Comisión de Seguridad Social administra el plan desde la Oficina Central hasta los registradores regionales y agentes de distrito.

Beneficios médicos administrados por el Departamento de Salud, por medio de la División de Beneficios de Salud.

PANAMA

Ley de 1941.- Actualmente rige la ley de 1943.

CAMPO DE APLICACION:

Empleados asalariados y a sueldo en empleos privados en los distritos de Panamá y Colón; trabajadores independientes en las mismas zonas cuyas entradas son menores de 1.200 balboas por año. Empleados públicos en toda la República.
Seguro voluntario a los trabajadores independientes que ganen más de 1.200 balboas por año, y a los miembros de la familia de los asegurados.

CONTRIBUCIONES:

ASEGURADO:

Empleados: 4 % de entradas.
Trabajadores independientes: 5 %; 8 % si hay seguro voluntario.
Pensionistas: 4 % de la pensión.
Para asistencia médica en el seguro voluntario para los familiares, adicional de 5 %.

EMPLEADOR:

4 % de la lista de pagos.

GOBIERNO:

0,3 % de los sueldos y salarios cubiertos. (3 % de entradas de los trabajadores independientes cuando es seguro obligatorio).
Producto de impuestos especiales: total aproximado de 1,3 % de las entradas de los asegurados.

PRESTACIONES :

PERSONAS ASEGURADAS:

Enfermedad:

Efectivo:

Nada para enfermedad.
Beneficios funerarios: 30, 50 ó 80 balboas, según el lugar de residencia.

Sanitarias:

Toda la asistencia médica (excepto especialistas) en un policlínico de la ciudad de Panamá. Pagos parciales de acuerdo con los aranceles de la asistencia médica general y especial; hospitalización.

P A N A M A (cont.)

Costo total de las recetas expedidas por las farmacias del Fondo en la ciudad de Panamá, y de cuidados dentales en una clínica central y en Aguadulce, David y Santiago.

Pagos parciales por iguales servicios en el resto del país.

Maternidad:Efectivo:

50 % del promedio de entradas en los 6 meses precedentes, pagados durante 6 semanas antes y 6 después del parto.

Sanitarias:

Igual que para enfermedad, incluyendo pago, de acuerdo al arancel, por 8 días de hospitalización, si el parto es normal; sin límite, en caso de complicaciones; 30 balboas en caso de servicios obstétricos fuera del hospital, por médico o partera graduada, y 20 balboas por servicios de partera no graduada.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad:

Nada, salvo el caso de seguro adicional voluntario que da derecho a los mismos beneficios médicos que para el asegurado.

Maternidad:

Id. Id.

CONDICIONES NECESARIAS:

Para asistencia médica y de maternidad: 30 cuotas semanales en el año inmediato anterior a la demanda de prestación, debiendo estar asegurados en el momento de la misma.

Beneficios funerarios: 20 cuotas semanales del asegurado en los 12 meses precedentes a la muerte.

ADMINISTRACION :

Ministerio de Trabajo, Seguridad Social y Salud Pública: supervisor general.

Oficina de Control General de la República: supervisión financiera.

Administración directa por la Caja del Seguro Social, institución autónoma con administrador nombrado por el Presidente de la República con acuerdo de la Asamblea Nacional.

Junta de Directores compuesta como sigue: Ministro de Trabajo, Seguridad Social y Salud Pública, presidente; administrador del Bco. Nacional, tres Directores nombrados por el Presidente. Un representante de los asegurados y otro de los empleadores.

PARAGUAY

Ley de 1943.

CAMPO DE APLICACION:

Empleados asalariados y a sueldo en el comercio y la industria. Incluye aprendices. Excepciones importantes: trabajadores agricultores y domésticos, empleados públicos y trabajadores independientes. (La ley provee la inclusión de algunos grupos para fechas futuras). Los miembros de cajas que provean iguales beneficios, pueden ser exceptuados.

CONTRIBUCIONES:

Máximo de entradas para contribuir y recibir prestaciones: 200 guaraníes por mes. Incluye contribuciones para vejez, invalidez y seguro de sobrevivientes.

ASEGURADOS:	2 % de entradas,
EMPLEADOR:	5 % de la lista de pagos.
GOBIERNO:	1,5 % de los sueldos y salarios de los asegurados.

PRESTACIONES:

PERSONAS ASEGURADAS:

Enfermedad:

Efectivo: 40 % de entradas durante 26 semanas.
Puede extenderse a 52 semanas.
Período de espera: 6 días.
Beneficios Dinerarios: costo del entierro.

Sanitarias: Asistencia médica, quirúrgica y de hospital; medicinas.
Prestaciones suministradas durante 26 semanas, que pueden extenderse a 52.

Maternidad:

Efectivo: 50 % de entradas, pagadero durante 21 días antes y 40 después del parto.

Sanitarias: Asistencia pre-natal, obstétrica y post-natal, incluyendo hospitalización, si es necesario. Leche gratis, si la madre no puede criar a su hijo.

P A R A G U A Y (cont.)**OTROS BENEFICIARIOS:**

- Enfermedad:** Igual asistencia médica que para asegurados, siempre que se reúnan las condiciones que más abajo se especifican.
- Maternidad:** La esposa del asegurado tiene derecho a iguales beneficios médicos que la mujer asegurada.

CONDICIONES NECESARIAS:

- Enfermedad:** no se requiere contribución para asistencia médica. Puede haber otros beneficiarios, si el asegurado tiene una entrada no mayor de 150 guaraníes por mes. (cónyugue, hijos, padres y hermanos que vivan con el asegurado).
- Maternidad:** No se requiere contribución para asistencia médica.

ADMINISTRACION:

Ministro de Salud Pública y Seguridad Social: supervisor.

El Instituto de Seguro Social es una agencia autónoma, bajo la general supervisión del Ministro, la cual administra el plan.

Junta de Gobierno de 6 miembros: Ministro (presidente), Consejo General del Ministro, Presidente del Cuerpo de Directores del Banco Agrícola, Presidente del Departamento Nacional del Trabajo y un representante por los asegurados y otro por los empleadores.

PERU

Ley de 1936, reformada por ley de 1937, es la legislación básica. Reglamentación administrativa de 1941. Primeros beneficios médicos: 1941. Extendido a empleados asalariados por decreto-ley de noviembre de 1948, para ser aplicada por cuerpos organizativos.

CAMPO DE APLICACION:

Trabajadores a sueldo menores de 60 años, que tengan una remuneración anual que no exceda de 3.000 soles. Incluye gente de mar, empleados de gobierno a sueldo, aprendices, granjeros, cosechadores de arroz y de algodón. Seguro voluntario para trabajadores independientes y servicio doméstico.

CONTRIBUCIONES:

Las cuotas son pagadas semanalmente, en base a 10 categorías de sueldos. Incluyen contribuciones para seguro de vejez, invalidez y sobrevivientes.

ASEGURADO:

1,5 % de las entradas (no se carga en las zonas donde el beneficio médico no se aplica). No se cobra contribución a los aprendices con entradas menores de 8 soles semanales.

EMPLEADOR:

3,5 % de sueldos. (2 % en zonas donde el beneficio médico todavía no se aplica).

GOBIERNO:

1 % de sueldos. 2,5 % de entradas de los aprendices. También, el producto de impuestos especiales.

PRESTACIONES:

PERSONAS ASEGURADAS:

Enfermedad:

Efectivo: 50 % de entradas para las primeras cuatro semanas y 40 % de allí en adelante. Duración: 26 semanas; puede ser extendida a 52 semanas para enfermedades largas o convalecencia. Período de espera: 3 días.

P E R U (cont.)

Sanitarias: Asistencia general, especial y de hospital; cuidados farmacéuticos y dentales, hasta 26 semanas, las cuales pueden extenderse a 52 semanas.

Maternidad:

Efectivo: 50 % de las entradas durante 36 días antes y 36 después del parto.
Prima de lactancia igual al 25 % de las entradas por un máximo de 8 meses, para la madre que cría a su hijo.

Sanitarias: Asistencia clínica pre y post-natal; atención de partera en la casa en el momento del parto, o si es necesario, especialista y/o cuidados de hospital.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad: El pago voluntario de un adicional del 2 % de entradas por parte del asegurado (1 % después de 150 semanas), da derecho a la esposa e hijos, incluyendo aquellos nacidos fuera del matrimonio, a iguales beneficios que para el asegurado.

Maternidad: Iguales beneficios médicos que para la mujer asegurada (sujetos al pago adicional por parte del marido).

CONDICIONES NECESARIAS:

Enfermedad: 4 cuotas semanales en los 120 días que preceden a la enfermedad, para ambos beneficios.

Maternidad: Igual que para enfermedad. La mujer asegurada debe también solicitar la certificación de su embarazo 4 meses antes del parto esperado, y debe obedecer las instrucciones emanadas de los médicos del seguro.

ADMINISTRACION:

Fondo Nacional de Seguro Social, cuerpo autónomo bajo la supervisión general del Ministro de Salud Pública y Asistencia Social.

P O L O N I A

Actualmente rige la ley de 1933, reformada en abril de 1949.

CAMPO DE APLICACION:

Personas empleadas (incluye agricultura).

CONTRIBUCIONES:

ASEGURADO: Nada.

EMPLEADOR: Para los que ganan sueldos: 5 % de la lista de pagos.
Para asalariados: 4,6 % de la lista de pagos.

GOBIERNO: Nada.

PRESTACIONES:PERSONAS ASEGURADAS:Enfermedad:

Efectivo: 70 % del promedio semanal de entradas en las 13 semanas que preceden a la enfermedad. Si hay hospitalización, 20 % del beneficio en efvo. es pagadero cuando no hay familiares a cargo del asegurado; en caso de haberlos, se le entrega el 50 % de dicho beneficio.
Duración: 26 semanas.
Período de espera: 3 días. Pagadero si la duración de la enfermedad es mayor de 3 días.

Sanitarias: Asistencia médica (cuidados generales, especiales y quirúrgicos), hospitalización, medicinas.

MATERNIDAD:

Efectivo: Todo pago. Duración: 8 semanas, de las cuales por lo menos 6 son subsiguientes al nacimiento del niño.
Prima de lactancia: un litro de leche por día o el equivalente en efvo. Pagadero durante 12 semanas siguientes a la reasunción del empleo.
Asignación adicional: 6 días de licencia por mes, si tiene necesidad de descanso durante el embarazo.

P O L O N I A (cont.)

Sanitarias: Cuidados pre y post-natales, atención en el parto por médico, especialista o partera en la casa o en hospital, o cuidados de enfermera en la casa.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad: En efectivo, nada.
Médicas, igual que para enfermedad de los asegurados.

Maternidad: En efectivo, nada.
Médicas, igual que para la mujer asegurada.

CONDICIONES NECESARIAS:

Enfermedad: efectivo, estar asegurado durante las 4 semanas que preceden a la enfermedad. No hay beneficios para enfermedades de menos de 3 días de duración. Beneficios médicos, nada.
Maternidad: efectivo, debe estar asegurada durante 4 meses en el año que precede al nacimiento. Ningún beneficio médico.

ADMINISTRACION :

Ministro de Trabajo y Seguridad Social: supervisa el Fondo de Seguro de Familia, administrado por el Instituto de Seguridad Social.

P O R T U G A L

Ley de 1933. Actualmente rige la ley y el decreto de 1935 y posteriores disposiciones. El plan también incluye ayuda especial al asegurado necesitado que no tenga derecho a otros beneficios en efectivo.

CAMPO DE APLICACION:

Industria y comercio. Las personas empleadas entre los 14 y 50 años, están obligatoriamente asegurados en la industria y el comercio, donde las Cajas sindicales y no sindicales suministran los beneficios del seguro de salud y maternidad (alrededor de 2/3 de personas en la industria y el comercio) Sistemas separados para pescadores y empleados públicos.

CONTRIBUCIONES:ASEGURADO Y
EMPLEADOR:

Como lo determinen los contratos colectivos o reglas de las Cajas sujetas a la aprobación del Instituto. Promedio: 4 % de entradas (1,7 % para beneficios en efectivo, 2,3 % para cuidados médicos). Pago como parte del promedio total de la contribución de 20 % (15 % empleador y 5 % el asegurado) incluyen contribuciones para seguro de vejez, invalidez y sobrevivientes, asignaciones familiares y ayuda especial. Máximo de entradas para contribución: 3.000 escudos por mes.

GOBIERNO:

Nada.

PRESTACIONES:

PERSONAS ASEGURADAS:

Enfermedad:

Efectivo: 2/3 de las entradas para los tres primeros meses; 1/3 (un medio) de entradas para los próximos 6 meses.
Duración: 9 meses.
Período de espera: 3 días.

Sanitarias: Asistencia médica general y especializada por médicos bajo contrato con las Cajas de Seguro o Federación de Cajas.

P O R T U G A L (cont.)

Inyecciones, rayos X y análisis de laboratorio. Cuidados suministrados tanto tiempo como el trabajador permanezca asegurado.

Maternidad:

Efectivo: Nada. El empleador es responsable por lo menos de 1/3 del sueldo o salario durante el mes en el cual ocurre el parto, si la mujer ha estado regularmente empleada un año.

Sanitarias: Cuidados especializados prenatales, obstétricos y postnatales. Cuidados terapéuticos iguales que para enfermedades.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad: La esposa y el hijo reciben iguales cuidados médicos que el trabajador asegurado (no beneficios farmacéuticos).

Maternidad: Iguales cuidados médicos que la mujer asegurada.

CONDICIONES NECESARIAS:

Enfermedad: un año de contribuciones para recibir beneficios en efectivo. Las Cajas califican al asegurado y beneficiarios para beneficios médicos.
Maternidad: se regularen exámenes regulares durante los 3 últimos meses del embarazo.

ADMINISTRACION:

Instituto Nacional de Trabajo y Seguridad Social, con una Sub-secretaría para Corporaciones y Seguridad Social: supervisor.
Consejo Superior de Seguridad Social, aconseja al Gobierno sobre asuntos de seguro social.
Administración por Cajas, cuerpo autónomos bajo la supervisión del Instituto. Hay Cajas sindicales creadas por asociaciones de empleadores y trabajadores conjuntamente; otras Cajas están formadas por empleados o empleadores. La Junta de Gobierno de ambos tipos de Cajas, tiene un empleador representante como presidente, con los trabajadores representados.

R U M A N I A

Ley de 1888 para zonas antiguamente austriacas; 1907, para zonas húngaras; 1912, en las principales regiones del país. Actualmente rige la ley de diciembre de 1948.

CAMPO DE APLICACION:

Personas empleadas, incluyendo empleados públicos y trabajadores agrícolas y domésticos.

CONTRIBUCIONES:

ASEGURADO: Nada.

EMPLEADOR: Costo íntegro, según tarifa fijada por la Confederación General del Trabajo y aprobada por el Consejo de Ministros. Incluye seguros de vejez, invalidez y sobrevivientes.

GOBIERNO: El Ministerio de Salud suministra servicios médicos de sus propios fondos.

PRESTACIONES:

PERSONAS ASEGURADAS:

Enfermedad:

Efectivo: Tarifa no especificada en la ley. Varía con las entradas, categorías de ocupación, duración de continuo empleo en la misma empresa, etc. La duración, el período de espera y la suma de los beneficios funerarios, no están especificados en la ley.

Sanitarias: Cuidados médicos y de hospital gratuitos; medicinas proporcionadas por el Ministerio de Salud fuera del sistema del seguro.

Maternidad:

Efectivo: Tarifa y duración no especificadas en la ley. Mensualmente, asignación de crianza y suma total para el ajuar del bebé, no especificadas en la ley.

Sanitarias: Cuidados médicos y de hospital y medicinas proporcionadas por el Ministerio de Salud, fuera del sistema del seguro.

R U M A N I A (continuación)

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad: Cuidados médicos suministrados fuera del sistema del seguro, por los Poderes Públicos.

Maternidad: Igual que para enfermedad.

CONDICIONES NECESARIAS:

Todos los cuidados médicos proporcionados por el Ministerio de Salud, fuera del sistema del seguro.

Para beneficios en efectivo de enfermedad se requiere 3 meses de trabajo registrado en una misma empresa.

Para beneficios funerarios se requieren 2 años de trabajo registrado; por lo menos, 3 meses de servicios en la misma empresa, inmediatamente precedentes a la muerte.

ADMINISTRACION:

Consejo Central de Seguro Social elegido por el Comité Central de la Confederación General del Trabajo; administración central y control.

Administración local por unión de oficinas públicas locales.

SUECIA

Ley de 1891, para beneficios en efectivo (seguro voluntario).
Ley de 1931, reembolso de asistencia médica (seguro voluntario).
Ley de 1947, seguro obligatorio que incluye beneficios en efectivo y médicos. Esta ley surtirá sus efectos a partir del 1º de julio de 1951.

CAMPO DE APLICACION:

Ciudadanos residentes, mayores de 16 años. Las esposas e hijos que no trabajan, están cubiertos por el seguro del marido.

Exclusiones importantes: personas internadas durante más de 2 años por enfermedad o en institutos penales o mentales; personas aseguradas por ley de otro país.

CONTRIBUCIONES:

ASEGURADO:

24 coronas por año para tener derecho a cuidados médicos y a beneficios en efectivo; prestación íntegra.

16 coronas por año para tener derecho a las prestaciones reducidas.

4 coronas por año para tener derecho a beneficios médicos solamente.

Seguro voluntario con tarifa más alta, para recibir beneficios en efectivo adicionales.

EMPLEADOR:

Nada.

GOBIERNO:

Asignación para enfermedad, de 3 a 6 coronas por año y por miembro. (tarifas más altas en zonas menos pobladas). Suma igual a 1/2 del costo del beneficio básico en efectivo del asegurado, y de gastos de médico, más todo el costo del suplemento en efectivo para otros beneficiarios.

2 coronas al año por miembro para beneficios médicos, más 6 coronas al año por miembro para beneficios en efvo.

PRESTACIONES:

PERSONAS ASEGURADAS:

Enfermedad:

Efectivo:

Beneficio íntegro, excepto adicional por seguro voluntario;
3,5 coronas por día. Si hay hospitali-

S U E C I A (cont.)

zación, 2 coronas.

Beneficios reducidos: 2 coronas por día; si hay hospitalización, 1 corona.

Más suplemento de familiares: 2 coronas por día para la esposa y 0,50 corona por cada hijo (independientemente, la esposa del asegurado, recibe una corona por cada hijo menor de 10 años).

Duración: Hasta 730 días para una enfermedad.

Período de espera: 3 días.

Beneficio funerario: nada.

Sanitarias:

Reembolso del 75 % de honorarios médicos (según arancel) y gastos de viaje para visitas al médico. Incluye cuidados generales y especiales. Cuidados de hospital y medicinas obtenidas bajo receta, se obtienen gratuitamente bajo plan separado. Otras medicinas a mitad de precio. Toda la asistencia se presta sin límite de tiempo.

Maternidad:**Efectivo:**

Prestaciones determinadas en plan separado.

Sanitarias:

Id.

OTROS BENEFICIARIOS:**Enfermedad:**

Esposa e hijos tienen derecho a igual asistencia médica que el asegurado. La esposa también recibe en efectivo 1,50 coronas por día (si hay hospitalización, 1 corona por día).

Maternidad:

Prestaciones determinadas en plan separado.

CONDICIONES NECESARIAS:

No se requiere período de calificación para beneficios en efectivo o médicos. Los beneficios en efectivo son pagados solamente a las personas que ganen por lo menos 600 coronas al año. La esposa debe asegurarse independientemente si sus entradas son superiores a 1.000 coronas anuales.

Beneficios completos pagados desde los 10 a los 66 (sesenta y seis) años inclusive.

S U E C I A (cont.)

Beneficios reducidos, pagados hasta los 17 años y a partir de los 67.
 El suplemento para la esposa no es pagado si ella es mayor de 64 años.
 Si el marido y la mujer están los dos asegurados, el marido tiene derecho al suplemento de cónyugue sólo bajo circunstancias especiales.

ADMINISTRACION:

Ministro de Asuntos Sociales: supervisa las operaciones y autoriza las sumas del gobierno.
 La Junta de Pensiones Reales determina el standard de cuidados médicos.
 Las Cajas de enfermedad están bajo la supervisión del Junta de Pensiones, que administra los beneficios en efectivo y los reembolsa a través de oficinas locales.
 Los gobiernos locales administran los servicios médicos públicos.
 Los asegurados pueden elegir al médico.
 Sistema de hospitales gratuitos.

B U I Z A

Ley de 1911: seguro de enfermedad.
Ley de 1911: seguro de tuberculosis.

CAMPO DE APLICACION:

Miembros de Cajas de enfermedad reconocidos. Bajo la ley nacional, el seguro es voluntario, con cantones autorizados a realizar la afiliación obligatoria dentro de la población entera o en grupos especiales, o a delegar su poder a las comunas.

Los subsidios federales se aplican tanto a los seguros voluntarios como a los obligatorios.

En 1945, aproximadamente un 56 % de la población estaba asegurada en 1.150 cajas reconocidas.

Tuberculosis: Miembros de Cajas reconocidas que administran los beneficios para tuberculosos (alrededor del 60 % de las personas aseguradas).

CONTRIBUCIONES:ASEGURADO:

De acuerdo a los reglamentos de las Cajas.

EMPLEADOR:

El empleador puede contribuir, pero no está obligado a ello.

GOBIERNO:

Enfermedad: El Gobierno Federal fija sumas anuales básicas por cada miembro de la Caja, variando por sexos (más para mujeres) y tipo de beneficios (efectivo o médicos solamente, o ambos). También fija una asignación por cada parto. Reembolso de 1/3 de contribuciones de miembros pobres a cantones y comunas que paguen su contribución.

Total de subsidios federales en 1944: Alrededor de 11,3 % de las rentas públicas. Cantones con sistemas obligatorios, pagan también subsidios.

Tuberculosis: el Gobierno Federal paga la $\frac{1}{2}$ del costo de cuidados de sanatorio desde el 12^o. día (niños 9^o. día) y de operaciones quirúrgicas, sujetas a sumas máximas.

S U I Z A (cont.)

PRESTACIONES:

PERSONAS ASEGURADAS:

Enfermedad:

Efectivo: Varía con las reglas del fondo. Mínimo: 1 fr. por día. Duración: por lo menos, 180 días en 360 días consecutivos.
Tuberculosis: las personas que hacen tratamiento en una institución, reciben beneficios en efectivo variando con las reglas del fondo y tipo del seguro.

Sanitarias: Enfermedad: Cuidados médicos y de hospital y medicinas de acuerdo con los reglamentos de las Cajas; duración igual que para beneficios en efectivo. El asegurado paga desde 10 hasta 25 % del costo.
Tuberculosis: cuidados en sanatorios y operaciones quirúrgicas por un máximo de 1.080 días en un período de 5 años. En caso de cuidados en la casa, el beneficio es suministrado bajo reglas del seguro de enfermedad.

Maternidad:

Efectivo: Asignación diaria igual que para enfermedad; pagadera durante 6 semanas después del parto. Prima de lactancia: sumas que varían de acuerdo a las reglas de las Cajas, pero deben ser, por lo menos, de 20 francos. Pagada durante 4 semanas después de la terminación del beneficio de maternidad.

Sanitarias: Beneficios médicos y farmacéuticos además o en sustitución de la prestación en efectivo.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad: No establecido en la ley federal. Puede ser incluido en las leyes de los cantones.
Maternidad: Id.

CONDICIONES NECESARIAS:

Para enfermedad, el período de calificación no puede exceder de 3 meses.
Tuberculosis: generalmente, se requiere la internación en un sanatorio.
Maternidad: Período calificativo: 9 meses sin interrupción de más de 3 meses.

ADMINISTRACION:

Fondos cantonales públicos de enfermedad y otros fondos reconocidos. Libre elección de médico y farmacéutico.

TURQUIA

Ley de 1945.

Plan autorizado por el Código de Trabajo de 1936.

CAMPO DE APLICACION:

Personas empleadas en empresas que ordinariamente ocupan 10 ó más personas.

CONTRIBUCIONES:

ASEGURADO: Nada.

EMPLEADOR: 1 % del total de la lista de pagos.

GOBIERNO: Subvenciones del producido de rentas generales y producto de multas impuestas por el Código de Trabajo y otras leyes de seguro de los trabajadores y entradas de l Instituto de Seguros de Trabajadores.

PRESTACIONES:PERSONAS ASEGURADAS:

Enfermedad: Nada.

Maternidad: 70 % de las entradas durante 3 a 6 semanas.
Efectivo: Suma global: £ T. 120, pagaderas como sigue: 10 £ T. durante el embarazo; £ T. 50 en el parto; asignación de lactancia, £ T. 60. Si el nacimiento es múltiple, £ T. 110 por cada hijo que pase de uno.

Sabitarias: Asistencia médica necesaria o reembolso para iguales cuidados de acuerdo al arancel.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad: Nada.

Maternidad: Suma total, igual que para las mujeres aseguradas.

CONDICIONES NECESARIAS:

Asegurada: No puede recibir sueldos y beneficios de maternidad en el mismo período.
 Por lo menos tres meses en empleo cubier-

TURQUIA (cont.).

to por el seguro, durante los 6 meses precedentes a la demanda del beneficio. Beneficio de maternidad para otros beneficiarios: El marido debe haber trabajado en empleo cubierto por lo menos 6 meses durante el año precedente al parto.

ADMINISTRACION:

El Consejo de Ministros administra el plan por medio del Instituto de Seguros de Trabajadores, del Ministerio de Trabajo.

UNION DE LAS REPUBLICAS

SOCIALISTAS SOVIETICAS.-

Ley de 1912.-
Código de Trabajo, de 1922.

CAMPO DE APLICACION:

Cuidados médicos: todos los residentes.
Beneficios en efectivo: personas empleadas en "sectores socialistas", (empresas del Estado, cooperativas y públicas, incluyendo industria, comercio y granjas colectivas del Estado); personas empleadas en establecimientos privados y granjas privadas (en territorios donde la explotación de granjas continúa en forma privada); estudiantes en cursos especiales, si están previamente empleados.
Exclusiones importantes: dueños de granjas y trabajadores ocasionales.

CONTRIBUCIONES:

ASEGURADO:

Nada.

EMPLEADOR:

3,7 a 10,7 % de la lista de pagos. La tarifa varía según la industria. Incluye contribuciones para seguros de vejez, invalidez y sobrevivientes.

GOBIERNO:

Igual que el empleador. El Ministerio de Salud paga el costo íntegro de la asistencia médica, y en algunos casos, establecimientos de descanso y sanatorios.

PRESTACIONES:

PERSONAS ASEGURADAS:

Enfermedad:

Efectivo:

Varía con los lapsos de continuidad en el empleo en la misma empresa.
Para miembros de gremios con más de 6 años en el trabajo, sueldo íntegro básico; 3 a 6 años, 80 %; 2 a 3 años, 60 %; menos de 2 años, 50 %. Si es menor de 18 años, con más de 2 años en el trabajo, 80 %; con menos de 2 años, 60 %.
Máximo de sueldo básico: 400 rublos al mes.

U.R.S.S. (cont.)

Mineros (no de carbón) 100 % de sueldo después de 2 años de continuidad en el trabajo.

Mineros de carbón: 100 % del promedio de entradas, después de un año de trabajo; 60 % si es menos de un año.

Todos los beneficios reducidos en un 50 % para los trabajadores no agremiados.

Duración: Hasta la mejoría o la elección de pensión para invalidez.

Período de espera: nada.

Beneficios funerarios: 200 rublos en las ciudades; 100 rublos en el campo.

Sanitarias: Servicio médico general y especial, de hospital, etc., bajo el sistema nacional de salud pública, sin conexión con el seguro social. También sistemas de casas de reposo y sanatorios, con preferencia para ciertas clases especiales de trabajadores.

Maternidad:

Efectivo: Varía la tarifa según los gremios. Aseguradas con menos de un año de trabajo registrado, reciben 2/3 partes del sueldo básico hasta 400 rublos por mes; aquéllas con 3 años de trabajo, de los cuales dos fueron en la misma empresa, reciben todo el sueldo básico hasta 400 rublos por mes. (agremiadas). Trabajadoras no agremiadas, reciben 1/3 del sueldo básico durante los primeros 30 días y 2/3 desde entonces. Duración: 35 días antes y 42 después del parto. (Acrecido para partos anormales o múltiples). Prima de lactancia: 90 rublos. Canastillo: 120 rublos. Beneficio funerario, igual que para enfermedad.

Sanitarias: La asistencia médica es prestada en todos los casos por el Gobierno. La maternidad da derecho a un trabajo más liviano, sobrealimentación y especial consideración en casas de descanso. Cuidados de sanatorio.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad: La asistencia médica es prestada en to-

U.R.S.S. (cont.)

dos los casos por el Gobierno. El asegurado recibe prestación en efectivo, si un miembro de su familia está enfermo y necesita su presencia.

Beneficios funerarios: 200 rublos para adultos dependientes, en ciudades, y 100 rublos en el campo. Para miembros de la familia menores de 10 años de edad, 100 rublos en las ciudades y 50 en el campo.

Maternidad:

La asistencia médica es prestada en todos los casos por el Gobierno. Para beneficios en efectivo, rige la ley de "Asignaciones Familiares".

CONDICIONES NECESARIAS:

Enfermedad: no hay período especificado.

Maternidad: 3 meses de trabajo registrado.

ADMINISTRACION:

Beneficios médicos (excepto sanatorios y casas de repos: Departamento de Salud.

Beneficios en efectivo: Unión Central de Gremios (Consejo), Comités Regionales y de Distritos.

Comités Locales y de Empresa.

V E N E Z U E L A

Ley de 1940, que se aplica desde 1944 en Caracas, La Guaira, Maracay y ciertas zonas adyacentes.

CAMPO DE APLICACION: Personas empleadas cuyas entradas mensuales no excedan de 800 bolívares. Excepciones importantes: empleados públicos, en agricultura o criadores de ganado, servicio doméstico, trabajadores temporarios y casuales y miembros de la familia del empleador.

CONTRIBUCIONES:

**ASEGURADO Y
EMPLEADOR:**

Aproximadamente, 5,83 % de entradas básicas, dividido en partes iguales entre el asegurado y el empleador, de acuerdo a la siguiente tabla de categoría de sueldos: (en bolívares):

Categoría	Entradas semanales	Contribución semanal
I	0- 23,99	1,00
II	24- 47,99	2,10
III	48- 71,99	3,50
IV	72- 95,99	4,90
V	96- ...	6,30

GOBIERNO:

Costo de la administración, de instalaciones médicas y otros gastos. Total aproximado: 4,1 % de sueldos y salarios de los trabajadores asegurados.

PRESTACIONES:

PERSONAS ASEGURADAS:

Enfermedad

Efectivo: Aproximadamente 2/3 de las entradas, según la categoría de sueldos. No es pagadera los domingos. Período de espera: 3 días. Duración: 26 semanas. Beneficios funerarios: 300 bolívares.

Sanitarias: Asistencia médica general y especial, hospitalización, medicinas, cuidados dentales, anteojos, etc. Duración: 26 semanas.

V E N E Z U E L A (cont.)

Maternidad:

Efectivo: Igual beneficio que para enfermedad, pagadero durante 6 semanas antes y 6 después del parto.

Sanitarias: Cuidado prenatal, servicios obstétricos y cuidado post-natal.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad: Igual asistencia médica que para los asegurados.

Maternidad: Igual asistencia médica que para la mujer asegurada.

CONDICIONES NECESARIAS:

Enfermedad: Una sola contribución da derecho al asegurado a los beneficios en efectivo y médicos, y a los otros beneficiarios, a los beneficios médicos.

El derecho a los beneficios médicos para asegurados y otros beneficiarios, continúa durante 6 semanas desde que el asegurado deja el empleo.

Maternidad: 13 cuotas pagadas en el año que precede al parto, 4 de ellas en el primer trimestre.

Son beneficiarios la esposa, hijos (naturales, legítimos o adoptivos) menores de 18 años, y otros.

ADMINISTRACION:

La supervisión general la ejerce el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud y Asistencia Social.

Instituto Venezolano de Seguridad Social: institución autónoma, administradora del programa.

El Director General, nombrado por el Presidente de la República, es el funcionario ejecutivo de la Junta de Gobierno, compuesta de 6 miembros y 6 suplentes, nombrados por el Presidente y que incluye igual representación del Gobierno, asegurados y empleadores.

YUGOSLAVIA

Ley de 1922. Actualmente rige la ley de 1946.

CAMPO DE APLICACION:

Personas empleadas en trabajos privados y en cooperativas. Incluye empleados públicos y trabajadores independientes que sean miembros de cooperativas.

Exclusiones importantes: Agricultores empleados privadamente y trabajadores domésticos que reciban no menos del 80% del sueldo standard mínimo.

CONTRIBUCIONES:ASEGURADO:

3 % de entradas.

EMPLEADOR:

3 % de la lista de pagos. Si un empleado que no sea trabajador doméstico, recibe menos del 80 % del sueldo mínimo, el empleador paga 6 % de entradas para seguro de salud.

GOBIERNO:

Nada, excepto como empleador.

PRESTACIONES:PERSONAS ASEGURADAS:Enfermedad:Efectivo:

50, 75, 75, 80 ó 88 % de entradas, según el tipo de trabajo y el tiempo trabajado. Las entradas base no pueden ser menores que el sueldo mínimo (para aprendices, 80 % de sueldo mínimo).

Duración: un año. Puede ser mayor cuando se trata de trabajadores registrados, y ocupados en trabajos pesados.

Período de espera: 3 días, compensados si la duración de la enfermedad excede los 3 días.

Beneficio funerario: 30 veces el promedio de entradas diarias.

Sanitarias:

Cuidados generales y especiales, medicinas, hospitalización, baños terapéuticos, tratamiento dental, instrumentos. Duración igual que para beneficios en efectivo. Instrumentos dentales suministrados en caso de necesidad.

YUGOSLAVIA (cont.)

Maternidad:

Efectivo: 80 % de entradas si estuviera asegurada durante 6 meses en el año (o 12 meses en 2 años) que precede al parto; 88 % si estuvo asegurada durante 18 meses en los 2 años precedentes.
Pagado durante 6 semanas antes y 6 después del parto.
Asignación para el canastillo: 10 veces el promedio de entradas diarias.
Prima de lactancia: 10 % del promedio de entradas, pagado durante 3 meses después de la expiración de la asignación de maternidad.

Sanitarias:

Atención gratuita por médico o partera, o cuidado en hospital o maternidad durante 14 días. El cuidado de enfermeras en la casa, puede ser sustituido por beneficio en efectivo.

OTROS BENEFICIARIOS:

Enfermedad:

Asistencia médica gratuita hasta un año para una misma enfermedad. Hospitalización hasta un máximo de 6 meses para una misma enfermedad.
Beneficio funerario: 15 veces el término medio de las entradas del asegurado para la mujer (o marido), padre o hijo mayor de 14 años; y 8 veces para hijos menores de 14 años.

Maternidad:

Igual asistencia médica que para la mujer asegurada si el marido tuvo por lo menos 6 meses de afiliación en el año precedente al parto, o 12 meses de afiliación en los dos años precedentes. La viuda también tiene derecho si la muerte ocurre no más de 10 meses antes del parto.
También asignación para el canastillo y prima de lactancia durante 2 meses después del parto, para la viuda en iguales términos que para beneficios médicos. Sumas iguales que para la mujer asegurada.

CONDICIONES NECESARIAS:

Enfermedad: no se requiere contribución para beneficios médicos comunes a asegurados y a otros beneficiarios, ni tampoco para beneficio en efectivo a tarifa de 50% de entradas.

YUGOSLAVIA (cont.)

Para beneficios del 75 % de entradas (80 % después de 3 meses de enfermedad); haber estado empleado durante el año precedente al reclamo por lo menos un mes en trabajo muy pesado; 2 meses en trabajo pesado, o 3 meses en trabajo ordinario.

Para beneficios del 88 % de entradas: empleado por lo menos 3, 6 ó 9 meses, respectivamente, en los diferentes tipos de trabajo.

Maternidad: Ver el punto correspondiente.

Pueden ser beneficiarios: la mujer o el marido, los hijos menores de 17 años (23 si estudian, y sin límite de edad si son inválidos), hermanos y hermanas (iguales límites de edad que para los hijos) y padres. Para ser beneficiario es necesario estar a cargo del asegurado.

Beneficios funerarios: No requieren contribución.

ADMINISTRACION:

Ministro de Trabajo: Supervisor.
Instituto de Seguro Social del Estado: agencia del Gobierno bajo el control del Ministro, organizado sobre bases territoriales, administra el plan. El Consejo de Seguridad Social aconseja al ministro.

Maria Teresa Parido