

II SEGURIDAD SOCIAL

II
Revista
de la

Asociación
Internacional
de la
Seguridad
Social



Conferencia
Interamericana
de
Seguridad
Social



SECRETARIAS GENERALES DE LA AISS, Y DE LA CISS.
EDITADA EN MÉXICO, D. F.
PASO DE LA REFORMA 476 - 35. PISO

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

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

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

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO V

MAYO - JUNIO DE 1956

No. 21

INDICE :

El Financiamiento del Seguro de Enfermedad por el <i>Prof. Giuseppe Petrilli</i>	5
Terminología y Clasificación de Seguridad Social por <i>Ramón Gómez y Ricardo R. Moles</i>	43
Algunas Notas y Observaciones Sobre la Seguridad Social en América Latina por <i>Ernest Schwarz</i>	57

NOTICIAS DE SEGURIDAD SOCIAL

A.- Internacionales.

Segunda Reunión de la Comisión Preparatoria de la Primera Conferencia Internacional de Actuarios y Estadígrafos de la Seguridad Social.....	61
La Revista Internacional de Actuarios y Estadígrafos de la Seguridad Social.....	63
Reunión de la Oficina de la Comisión Permanente de la Mutualidad.....	63
Tercera Reunión de la Comisión Permanente de Mutualidad.....	64
El Seminario de Copenhague de la Mutualidad.....	65

B.- Nacionales.

Costa Rica - Enumeración de Enfermedades Profesionales que dan derecho a Indemnización.....	66
Chile - La Actividad de Servicio de Seguridad Social en 1955.....	66
Guatemala - El Sr. A. Saravia es nombrado Ministro del Trabajo.....	69
Estados Unidos - La Seguridad Social en EE. UU. La Legislación de los diferentes Estados en 1955.....	70
México - Decreto por el que se implantan los Seguros Obligatorios en el Estado de Chiapas.....	75
Decreto por el que se implantan los Seguros Obligatorios en el Estado de Chihuahua.....	77
Perú - Actividades de la Caja Nacional de Seguridad Social en 1954.....	79

BIBLIOGRAFIA

Publicaciones del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social	81
Oficina Internacional del Trabajo, Sistemas del Seguro de Desempleo.....	82
Los Seguros Sociales. Estudios Doctrinales, Textos Legales y Jurisprudencia del Tribunal de Garantías Constitucionales y Sociales y un apéndice sobre descanso retribuido y seguro de salud y maternidad.- José Castillo Barroso.	82
Oficina Iberoamericana de Seguridad Social.-Aportación Iberoamericana al progreso de la Seguridad Social.- Manuel Figueroa Rojas.....	83

EL FINANCIAMIENTO DEL SEGURO DE ENFERMEDAD (1)

Por

*El Profesor Giuseppe Petrilli,
Presidente del Instituto Nacional
del Seguro de Enfermedad de Italia*

EL FINANCIAMIENTO DEL SEGURO DE ENFERMEDAD Y LOS TEXTOS ADOPTADOS POR LAS NACIONES UNIDAS, LA ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO Y LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

El financiamiento de las prestaciones de enfermedad se distingue claramente del financiamiento propio de los regímenes de seguridad que tienden a proteger a los trabajadores contra los riesgos comprendidos en el campo de un régimen de seguridad social. El problema más visto del financiamiento de la seguridad social ha sido examinado de la manera más profunda no solamente por aquellos que se preocupan de la ciencia jurídica, social y actuarial, sino por los organismos internacionales más importantes, que se consagran al estudio de cuestiones del trabajo y problemas técnicos de la seguridad social.

Para mantenernos en el campo estrictamente técnico, parece oportuno recordar los resultados y las conclusiones a los cuales han llegado la O. I. T. y la A. I. S. S.

Evidentemente, no se trata de volver a tratar el conjunto de estas declaraciones, sino únicamente de limitarse a una esquematización del resultado de los trabajos emprendidos por estas organizaciones, para llegar a la conclusión de que todos los sistemas posibles han sido previstos en materia de financiamiento de la seguridad social y de prestaciones de enfermedad.

(1) Estudio presentado a la XII Asamblea General de la A. I. S. S.

Debe subrayarse que, si se hace uso de la expresión “prestaciones de enfermedad”, deseamos indicar tanto las prestaciones sanitarias como aquellas de orden económico, sin referirnos al régimen que se aplica para su otorgamiento. En efecto, las prestaciones de enfermedad representan un conjunto complejo de actos médicos, farmacéuticos, quirúrgicos y hospitalarios, los cuales —sean concedidos a través o por intermedio de un seguro social, de un servicio público o de una asistencia pública— son siempre los mismos en su esencia y no requieren ni admiten limitaciones con respecto al propósito para el que son acordados, es decir, el propósito social de la protección de la salud de los beneficiarios.

Estas prestaciones pueden eventualmente, limitarse al punto de vista de los períodos de su concesión, pero no desde el punto de vista de su calidad o de su cantidad.

El seguro de enfermedad, las prestaciones de enfermedad y su financiamiento son términos inseparables y, sea cual fuere el punto de vista desde el cual se desee limitar el razonamiento, conducen siempre a un problema único: el equilibrio entre las cotizaciones y las prestaciones.

La O.I.T. sometió a la X Sesión de la Conferencia Internacional del Trabajo celebrada en Ginebra en 1927, el estudio de la cuestión del seguro de enfermedad considerando como seguro en la medida “de poner a la disposición de las otras ramas del seguro sus propios servicios administrativos para la percepción de cotizaciones, pago de prestaciones, control de riesgos y los propios servicios médicos para prevenir invalidez o atenuar sus consecuencias”.

El seguro de enfermedad es, por lo tanto, la base natural del edificio de un régimen completo de seguridad social.

A través de los tratados a los que este problema ha dado lugar en el seno de la O.I.T. a partir de 1927, se puede trazar el desarrollo que el seguro de enfermedad y las prestaciones de enfermedad han experimentado respecto al hecho de la extensión continua a nuevos beneficiarios y de mejoría constante de las prestaciones para alcanzar, finalmente, un equilibrio entre los diferentes países.

Los instrumentos fundamentales en la materia son las recomendaciones sobre la garantía de los medios de existencia (núm. 67) y sobre los cuidados médicos (núm. 69) adoptados por la Conferencia

Internacional del Trabajo en su XXVI sesión celebrada en Filadelfia en 1944, y es precisamente en estas recomendaciones en las que se han enunciado los problemas esenciales del seguro de enfermedad y de las prestaciones sanitarias.

La recomendación Núm. 67 estipula en su párrafo 26, por lo que concierne a los principios de la repartición de los gastos de la seguridad social:

Los gastos de las prestaciones, comprendiendo los gastos de administración, deberán repartirse entre los aseguradores, los empleadores y los contribuyentes en condiciones equitativas para los asegurados y propias para ahorrar cargas demasiado pesadas a los asegurados de recursos modestos y para evitar toda perturbación a la producción.

Naturalmente, la recomendación prevee todas las hipótesis posibles en cuanto a la medida en la que intervienen los tres elementos llamados a contribuir a la seguridad social. Sobre este punto, el concepto de seguridad social se distingue claramente del de las prestaciones médicas colocando éstas sobre el plano más elevado de la "protección de la salud".

En efecto, la recomendación Núm. 69, párrafo 5, trata exclusivamente de los cuidados médicos y establece los principios generales al declarar:

Todo servicio de cuidados médicos deberá asegurar al individuo los cuidados que puedan proporcionar los miembros de la profesión médica y de las profesiones conexas, así como todos los otros servicios que proporcionan las instituciones médicas:

- a) con vista a restablecer la salud, prevenir la evolución de la enfermedad y aligerar los sufrimientos cuando la salud del individuo es afectada (atenciones curativas), y
- b) En vista de proteger y mejorar su salud (cuidados preventivos)

2.—La naturaleza y extensión de los cuidados proporcionados por el servicio deberán ser definidos por vía legislativa.

3.—Las autoridades u organizaciones responsables de la gestión del servicio deberán asegurar a los beneficiarios los cuidados médicos recurriendo a los servicios de miembros de la profesión médica y de las profesiones conexas, así como a la organización de servicios de atención médica en los hospitales u otras instituciones médicas.

4.—Los gastos del servicio deberán cubrirse colectivamente por medio de pagos regulares y periódicos, sea bajo la forma de cotización del seguro social, sea por medio de impuestos, o por los dos métodos a la vez.

Por lo que concierne a los recursos financieros, la misma recomendación define la necesidad de la intervención de los tres elementos ya nombrados, previniendo naturalmente diversas hipótesis según se trate de un servicio de seguro social o de un servicio público.

Si se trata de un servicio de seguro social, el párrafo 83 estipula:

Cuando un régimen de seguro social comprenda prestaciones en dinero y se encuentre en vigor, será indicado percibir al mismo tiempo las cotizaciones debidas bajo este régimen y aquellas que se deban por el servicio de atención médica.

Hay lugar a observar, consecuentemente, que las dos cotizaciones, a saber aquella para las prestaciones en dinero y la que se refiere a las prestaciones sanitarias, se determinan separadamente una de la otra, bien que ellas deban llegar al mismo organismo.

Si se trata de un servicio público, el parágrafo 84 prevee:

Los gastos del servicio de atención médica deberán cargarse a los fondos públicos.

Finalmente la recomendación se pronuncia en favor de la constitución de capitales y dice en el parágrafo 91:

Además de prever los recursos normales para el financiamiento del servicio de atención médica, deberán tomarse medidas con el objeto de utilizar el patrimonio de las instituciones de seguro social o de fondos provenientes de otras fuentes para financiar los gastos extraordinarios requeridos por la extensión o mejoramiento del servicio, especialmente por la construcción o instalación de hospitales y de centros médicos.

Sobre el plano internacional, las organizaciones intergubernamentales han hecho, una vez más, esta distinción clara entre los seguros sociales y los cuidados médicos. La declaración universal de los derechos del hombre, adoptada en diciembre de 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, establece, en su artículo 25:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida suficiente para asegurar su salud, su bienestar y el de su familia, especialmente para la alimentación, el vestido, la habitación y los cuidados médicos, así como para los servicios sociales necesarios; tiene derecho a la seguridad en caso de desempleo, de enfermedad, de invalidez, de viudez, de vejez o en los otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia como resultado de consecuencias independientes de su voluntad.

Colocándose sobre el terreno general de la seguridad social, la AISS se ocupó desde la VIII Asamblea General celebrada en Ginebra en octubre de 1947, de la cuestión de la "garantía de los medios de

existencia" comprendiendo entre estos medios la eventualidad de la enfermedad y estableciendo igualmente que el financiamiento debería ser repartido entre los asegurados, los empleadores y los poderes públicos.

Seguidamente, la AISS ha vuelto a ocuparse del argumento del financiamiento de la seguridad social, y la encuesta decidida por la IX Asamblea General reunida en Roma en octubre de 1949, ha revelado, por lo que concierne al seguro de enfermedad-maternidad, que el financiamiento está asegurado como sigue en los países en donde la encuesta tuvo lugar:

- a) Por las cotizaciones de los asegurados y de los empleadores, sin la intervención del Estado, en Austria, Bulgaria, Francia, Grecia, Italia, Países Bajos, Polonia y Yugoslavia.
- b) Por las cotizaciones de los empleadores y de los trabajadores, con contribución del Estado o de las comunidades, en Bélgica, Gran Bretaña, Irlanda, México, Nueva Zelandia, Perú, Suiza, Suecia, Checoslovaquia y la U.R.S.S.

En general, la tasa de cotizaciones se ha fijado sobre la base de un porcentaje determinado del ingreso del asegurado hasta la concurrencia de una determinada suma. La cotización varía de 2 a 7% y se cubre en la mayor parte de los casos por el asegurado y por el empleador. La contribución del Estado sirve para cubrir una parte de los gastos del seguro (Bélgica, Gran Bretaña, México, Perú), o el costo de las prestaciones y a veces el costo de los gastos de administración (Irlanda, Nueva Zelandia, Suecia, Suiza, Checoslovaquia y la U.R.S.S.).

El sistema financiero que, en general, se aplica al seguro de enfermedad con el fin de garantizar los recursos necesarios para el equilibrio entre los ingresos y los gastos, se basa en el sistema de la repartición pura.

Parece que las conclusiones a las cuales ha llegado la IX Asamblea General, permiten entrever la posición futura del seguro de enfermedad y de las prestaciones sanitarias en el dominio predominante que constituye la protección de la salud en un régimen de seguridad social; las conclusiones de la AISS esbozan la acción futura de la seguridad social:

CONCLUSIONES CONCERNIENTES AL FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

3.—La seguridad social renuncia progresivamente a establecer una relación individual entre las cotizaciones y las prestaciones...

4.—La participación tripartita de los asegurados, los empleadores y los poderes públicos que prevaleció originalmente en el financiamiento de las instituciones de seguridad social se transforma en la seguridad social actual de manera que, en un gran número de casos la participación del empleador y de los poderes públicos aumenta y, en algunos casos, la participación de los asegurados ha llegado a ser suprimida. Por el contrario, existen igualmente soluciones en las que se ha abandonado la participación directa del empleador, reembolsándola por recursos provenientes del presupuesto de los poderes públicos.

ASPECTOS Y PROBLEMAS DE LAS PRESTACIONES DE ENFERMEDAD EN EL CUADRO DE LA ENCUESTA

Si, por consiguiente, el problema del financiamiento del seguro de enfermedad y de sus prestaciones se considera bajo todos sus aspectos en los diferentes informes presentados a los órganos supremos de las asociaciones internacionales, y si se discuten las ventajas y los inconvenientes de una intervención conjunta o separada de los tres elementos que contribuyen a la formación de los fondos del seguro de enfermedad, parece conveniente examinar el problema, con el objeto de conocer cuáles son las dificultades que el seguro en sí encuentra para mantener el equilibrio entre los ingresos y los gastos, teniendo en cuenta los diversos sistemas en vigor en los países respecto a los cuales se ha efectuado esta encuesta.

Las monografías indican la estructura y la situación del seguro de enfermedad en los países siguientes:

EUROPA: Alemania, Austria, Francia, Gran Bretaña, Italia, Suecia, Suiza y Yugoslavia.

ASIA: Turquía y Japón.

AMERICA LATINA: Brasil y Perú.

Se encuentran en estos países diversos sistemas de financiamiento y de participación al financiamiento, de suerte que es posible examinar estos sistemas con respecto a la concesión de las prestaciones asignadas en algunos países durante un período determinado y con límites inferiores a un año, en otros países durante un período indeterminado, en tanto que la enfermedad no ha llegado al punto extremo de producir la invalidez permanente total o parcial; y en otros países en los que las prestaciones no están sujetas a límite alguno, dado que ellas se conceden en calidad de servicios a los cuales cada ciudadano tiene derecho (ver las tablas núms. 1, 2 y 3, párrafos 113-116).

Las posibilidades que ofrece la encuesta efectuada en esos países no se limita a la estructura de los sistemas, sino que, igualmente, nos incita al examen de los resultados que se pueden obtener por medio de los diferentes sistemas de concesión de las prestaciones sanitarias, refiriéndonos al informe presentado a la XI Asamblea General de la AISS sobre las "Relaciones entre las Instituciones de Seguridad Social y el Cuerpo Médico".

Pasando revista rápidamente a los principios que forman la base del financiamiento de los regímenes que, en el campo de la seguridad social, preveen la concesión de prestaciones en dinero y sanitarias en caso de enfermedad, se puede constatar que, entre los países considerados actualmente:

Alemania, Austria, Francia y Turquía preveen la participación en el financiamiento de los empleadores y los trabajadores, sin que haya intervención de la administración pública.

Yugoeslavia coloca el financiamiento enteramente a cargo de los empleadores, en tanto que Italia exige, en lo que concierne ciertas categorías, que los trabajadores participen igualmente, cuando se extendieron las prestaciones sanitarias a los agricultores independientes y a los artesanos, prescribió la intervención del Estado.

Suecia, que hasta ahora colocaba primitivamente el financiamiento a cargo del trabajador, por la nueva ley que entró en vigor el 1o. de enero de 1955 de prever la participación de los empleadores, en tanto que el Estado interviene igualmente en una medida considerable.

Suiza, al contrario, impone la carga total a los trabajadores, pero hay igualmente una intervención notable de parte de la administración pública o de las autoridades locales.

La Gran Bretaña hace, dado el sistema de seguridad social que se encuentra en vigor, una distinción entre las prestaciones en dinero y aquellas de orden sanitario. Para las primeras de dichas prestaciones, exige la participación de empleadores y trabajadores; para las prestaciones sanitarias que proporciona por medio de un servicio nacional del que pueden hacer uso todos los ciudadanos, hace intervenir al conjunto de la población, por medio de los impuestos.

Japón prevé la participación de empleadores y trabajadores y exige a la administración pública el tomar a su cargo los gastos de administración.

Brasil y Perú exigen la participación en el financiamiento de los empleadores, de los trabajadores y de la administración pública.

En todos los países arriba mencionados, la cotización se constituye por un porcentaje de los salarios con o sin límite máximo de sometimiento a excepción de la Gran Bretaña, que aplica una cotización fija establecida por categoría de asegurado.

Por lo que respecta a las recaudaciones, la encuesta se ha llevado por un terreno casi uniforme que permite hacer la siguiente constatación esencial: *la cotización basada sobre un porcentaje sigue las variaciones de salarios y, puesto que el salario se adapta a las variaciones del costo de la vida, (es verdad a veces con cierto retardo) resulta que las recaudaciones de los organismos encargados de otorgar las prestaciones de enfermedad deben adaptarse constantemente al costo de las prestaciones.*

Apreciando de manera justa esta consideración, surgen inmediatamente cuestiones que resultan de una distinción importante que se hace entre las prestaciones en dinero y las prestaciones sanitarias.

La parte de las recaudaciones de los organismos gestores destinada a las prestaciones en dinero sigue exactamente —como se desprende de los balances de los países examinados— las variaciones del salario, bien se trate de reducciones o de aumentos, que, a su vez, repercuten sobre el monto de la indemnización de enfermedad que es por así decir, generalmente igual a un porcentaje del salario, sin que se hayan manifestado desequilibrios imposibles de prever.

Por lo contrario, el problema aparece respecto a las recaudaciones destinadas al otorgamiento de prestaciones sanitarias, porque la adaptación al costo de la vida se aplica igualmente a otras categorías, tales como aquellas que constituyen los instrumentos previsores de la protección de la salud.

Los índices de las variaciones del costo de la vida, que entrañan variaciones de salarios, rara vez tienen en cuenta las exigencias aumentadas de personas que pertenecen a la profesión sanitaria, ni de las nuevas conquistas de la medicina, de la cirugía, de las investigaciones de laboratorio, del descubrimiento de nuevos medicamentos, en suma, de todo aquello que es el fruto de estudios largos y costosos, de pruebas y de análisis repetidos, que posee un valor inestimable y que, naturalmente, repercuten notablemente sobre el costo de la atención médica.

Y es de esta manera como las recaudaciones destinadas a las prestaciones sanitarias se revelan como inadecuadas al grado de provocar un déficit en un balance que no se encuentra saneado.

Como se puede constatar en numeroso países, el aumento del costo real de las prestaciones sanitarias se ha manifestado sin que se le pueda basar sobre una regla económica cualquiera: por ejemplo, en Austria, se constata, tomando el índice de 1945 igual a 100, que el número de asegurados aumentó en 1952 a la cifra índice de 115, en tanto que el índice para los gastos médicos y de hospital ha pasado respectivamente a 1,501 y 1,673.

Se podría sin embargo objetar que Austria ha sufrido, después de la segunda guerra mundial, una grave crisis económica y que, en consecuencia, no se puede sacar ninguna deducción exacta. Es sin embargo oportuno precisar que, aún teniendo en cuenta la consolidación de la moneda, registrada a partir de 1948, y basándose en la cifra índice de 100 para 1948, el aumento constante prosiguió y el índice de los gastos médicos pasó en 1952 a 239, y el de gastos de hospital a 263.

En Francia, donde la estabilidad económica ha sido mayor, una comparación de los costos reales de 1938 y de 1950, muestra que el costo de la visita médica es 18 veces superior al del año de 1938 y que la tarifa de los cuidados de hospital diarios ha aumentado 40 veces.

El aumento del costo de los productos farmacéuticos se manifiesta igualmente de manera más general al grado que los organismos gestores del seguro de enfermedad de Austria, de Francia y de Italia, piden a sus gobiernos respectivos el derecho a intervenir en la determinación del precio de las especialidades farmacéuticas —esta tarea había correspondido hasta ahora a las autoridades sanitarias del Estado— o, cuando menos, que se proceda a la reforma de las leyes que reglamentan la fabricación y distribución de los productos médicos.

Suiza señala igualmente el aumento del costo de las medicinas; en la Gran Bretaña, se han adoptado o se van a adoptar diferentes disposiciones que tienden a inducir al cuerpo médico a recetar productos menos costosos que tengan las mismas cualidades. Es así como la administración del Servicio Nacional de Salud ha tomado la iniciativa de examinar junto con la industria farmacéutica, el precio de algunas especialidades similares a las recetas magistrales o semejantes. Si, después del análisis del costo de fabricación y distribución, y teniendo en cuenta los beneficios, se considera elevado el precio de estas espe-

cialidades, se recomendará a los médicos que eviten el recetar estas medicinas. Otro elemento que demuestra la perjudicial influencia del costo elevado de los productos sobre el costo del otorgamiento de las prestaciones, está constituido por la publicación de listas comparativas de precios, para inducir a los médicos a comparar los precios de las especialidades farmacéuticas con aquellos de las preparaciones magistrales.

En el Perú, también, se constata el aumento continuo del precio de los productos farmacéuticos.

Pero el aumento del costo de las prestaciones sanitarias no se debe a este único factor. Es posiblemente más importante constatar cómo la tendencia de los asegurados a recurrir en mayor escala a las prestaciones sanitarias se acentúa siempre. Ahora bien, este hecho tiene siempre una repercusión más considerable sobre los diferentes estados de balance de la seguridad, especialmente cuando los sistemas prevén que la remuneración de las prestaciones se calcule por intervención médica y no por número de asegurados o por período de enfermedad o aún, cuando la seguridad no administra directamente los servicios sanitarios proporcionados a domicilio, en dispensario o en hospital.

Desgraciadamente, la encuesta llevada a cabo en los países en cuestión no ha permitido obtener los datos necesarios; en consecuencia, y dado que no es posible referirse a los datos relativos al número de las prestaciones, es necesario atenerse al volumen del costo comparándolo al movimiento de asegurados. Si se hubiera podido extender la encuesta sobre un mayor número de países, seguramente se hubiera podido, con mayor seguridad obtener conclusiones.

Sea como fuere, la población asegurada a la cual se aplica el presente estudio sobrepasa los cien millones y pertenece en su mayor parte a países que han sido los precursores de la seguridad social aún cuando ellos no puedan reivindicar el mérito de haber inventado este término (Ver las tablas núms. 4 y 5, párrafos 117-118).

A la constatación de la mayor frecuencia de casos de enfermedad se agrega la multiplicación de intervenciones médicas a la cual ningún país puede substraerse. Y ello obedece posiblemente a causas diversas, pero la fundamental de entre ellas parece ser la evolución de los métodos de diagnóstico y de cuidados que exigen un mayor número de exámenes especializados y de medios siempre más caros.

Evidentemente, el hecho de poder colocar a disposición de los

asegurados todo aquello que la medicina ha podido conquistar para beneficio de la humanidad, explica mejor y una vez más la necesidad y la utilidad de la seguridad social. *Los asegurados representan el medio que une a la ciencia médica con su aplicación práctica, multiplicando, de esta manera, las posibilidades de experiencia y de progreso.*

Si en Austria el sistema de remuneración de los médicos, que está basado en honorarios fijados a destajo por paciente y por trimestre, no permite la obtención real del número de intervenciones médicas, una encuesta revela que el número promedio anual de intervenciones médicas por cada grupo de 100 asegurados se eleva a la cifra de 1,200, es decir, 12 por asegurado, en tanto que el término medio de recetas farmacéuticas es de 6,6.

En Alemania, donde no es posible constatar el número de intervenciones médicas, dado que la remuneración de los médicos no se efectúa por la intervención o por caso de enfermedad, no se puede hablar sino del aumento del volumen del costo de las prestaciones farmacéuticas, aumento debido a una mayor demanda.

En efecto, de 1938 a 1948, los gastos por cabeza por concepto de medicinas han aumentado un 120% para los asegurados en general, y después de 1949, han aumentado 140% en materia de prestaciones a los pensionados. Como las recetas farmacéuticas tienen estrecha relación con la actividad del médico, no parece aventurado deducir que el número de actos médicos ha aumentado también.

En Francia, en donde ha sido notado un aumento del número de los miembros de familia a cargo del asegurado, hecho debido al aumento de los nacimientos y de la duración media de la vida, que naturalmente ha provocado una más fuerte carga de las prestaciones sanitarias, el fenómeno del aumento del número de prestaciones es una realidad absoluta. En el estudio comprendido por la F.N.O.S.S., reproducido en la Revista de Seguridad Social de octubre-noviembre 1951, que analiza los gastos médicos globales de 1938 y 1950, el número de asegurados y el coeficiente de aumento de las tarifas de reembolso ha sido constatado que durante ese período la solicitud de prestaciones médicas ha sido en 1950 dos veces y media mayor que en 1938. Según el mismo método de cálculo, ha sido constatado, siempre para los mismos años, que el coeficiente de aumento es de 57,1 para los gastos quirúrgicos y de 56,90 para los gastos farmacéuticos.

En Inglaterra, los datos no se han obtenido sobre un plan nacio-

nal, pero una encuesta hecha por la Oficina del Estado Civil, indica que el promedio de consultas y de visitas por personas mayores de 16 años ha pasado de 5 en 1948 a 5.5 en 1950. Evidentemente, esta indicación debe tomarse con prudencia ya que concierne a un servicio público general. Pero si se tienen en cuenta los resultados mencionados en un estudio relativo a los años de 1938-1939 sobre los asegurados inscritos en las listas de la seguridad nacional para atención médica, se observa que el promedio varía poco y oscila entre 4,81 y 5,39.

Por lo contrario, los datos relativos a las prestaciones farmacéuticas son más significativos, su número por beneficiario se establece a un promedio de 5 prestaciones por cabeza.

En Italia el número promedio de visitas médicas ha pasado de 1,87 en 1948 a 2,35 en 1951 y a 2,74 en 1952. Para los aprovisionamientos farmacéuticos, el promedio de recetas por esos mismos años se eleva a 3,77, 4 y 4,84.

En Suiza, donde los datos se refieren a una sola Caja de Seguro de Enfermedad que, de cualquier manera tiene gran importancia, se encuentran en 1952 los promedios siguientes de prestaciones por asegurado: 1.50 para las visitas y consultas médicas, 4.56 para las recetas farmacéuticas.

En nuestro presente análisis, no podemos dejar pasar en silencio la situación particular de algunos países como Turquía, Japón, Brasil y Perú, en los cuales los datos son defectuosos o la experiencia en materia de seguro de enfermedad es demasiado reciente, o aún más, porque los servicios de concesión de las prestaciones están organizados siguiendo sistemas muy diversos.

En Turquía, por ejemplo, el seguro de enfermedad entró en vigor en marzo de 1951 y su aplicación se extiende gradualmente a diferentes regiones. Constatando que los datos sobre el costo de las prestaciones sanitarias y sobre su número indican un aumento constante, no se encuentra allí ningún índice de un número superior de consultas efectivas a los médicos, o de una multiplicación de las intervenciones médicas.

En Brasil y en Perú, la Organización se basa en sistemas según los cuales los beneficiarios son enviados, para recibir atención, únicamente a establecimientos sanitarios que pertenecen a las instituciones que administran el seguro. Sea como fuere, los costos aumentan cons-

tantemente en razón de la creación de establecimientos sanitarios, que, poco a poco, resultan insuficientes al paso que el número de consultas a la asistencia aumenta.

En Japón, que posee una organización en la cual la estructura del seguro de enfermedad se asemeja a la organización alemana, existen disposiciones especiales según los términos de las cuales el control y el pago de honorarios a los médicos, a los médicos especialistas y a los hospitales, son efectuados por la Caja Japonesa de Seguridad Social para el pago de los gastos médicos; en el Consejo de Administración de esta Caja, los organismos gestores de la seguridad, los beneficiarios y los miembros de las profesiones médicas son representados en número paritario. Las diversas instituciones de seguridad hacen llegar a dicha Caja las sumas equivalentes a los gastos asumidos por ellas en el curso del año precedente a título de prestaciones sanitarias. Y es de estas sumas de las que la Caja toma el monto necesario para los gastos, después de haber efectuado un control previo.

Una particularidad de la organización consiste en que las medicinas son, por lo general, proporcionadas por el Servicio Médico competente que las distribuye directamente a los enfermos sin receta alguna.

No existen datos relativos al número de prestaciones por asegurado. De cualquier manera, es seguro que el monto de los gastos aumenta considerablemente, aún teniendo en cuenta la variación del número de personas inscritas (6.095.000 en 1950 y 7.505.000 en 1952). Los gastos que eran de 19.329.000.000 de yens en 1950 han llegado a 30.869.000.000 de yens en 1952.

LAS CAUSAS Y LAS VARIACIONES DE CAUSAS QUE EJERCEN UNA INFLUENCIA SOBRE LAS SUMAS DESTINADAS A LAS PRESTACIONES SANITARIAS

El financiamiento del seguro de enfermedad es consiguientemente un problema que reposa sobre una base enteramente diversa de aquella de los otros regímenes de seguridad, dado el hecho de que hay que tener en cuenta un gran número de factores y de aspectos que intervienen según el lugar en donde las presentaciones son otorgadas.

Las fuentes de ingresos pueden repartirse según uno de los sistemas arriba mencionados, pero, para asegurar un equilibrio constante entre los ingresos y los gastos, debe tenerse en cuenta un gran número

de hechos de los que pueden deducirse conclusiones respecto a los diferentes países comprendidos en la presente encuesta.

¿Cuáles son, en definitiva, los hechos que se constatan?

1o.— Los ingresos constituidos por las cotizaciones fijadas en porcentaje de salarios, con una repartición sobre una, dos o tres de las categorías que son por lo general indicadas como las fuentes del financiamiento de la seguridad social.

2o.— Los gastos constantes ocasionados por la concesión de prestaciones en dinero.

3o.— Los gastos variables, que no están siempre sujetos a control y que no pueden reducirse, ocasionados por la concesión de cuidados sanitarios.

La variabilidad de estos últimos gastos depende:

a) de las variaciones del aumento del costo real de las diversas prestaciones sanitarias,

b) de las variaciones del aumento del número de intervenciones médicas por asegurado; bien que no se encuentre por así decir un verdadero aumento de los índices de morbilidad.

Por lo que concierne a las variaciones en el aumento del costo real de las diversas prestaciones se constata que:

1o.— En las profesiones sanitarias, el aumento del costo se debe, esencialmente, a la necesidad de ajustar el monto de los honorarios o de las retribuciones a la exigencias de la vida, que sufren modificaciones por relaciones, sea a la economía propiamente dicha de cada país, sea a la extensión más o menos grande de la seguridad en relación con la población total o sea, aún, a la posición que ocupa el cuerpo médico en un país determinado, con respecto al número total de médicos en ese país.

2o.—Por lo que respecta a los productos farmacéuticos, la determinación de su precio está fuera de toda competencia por parte de los organismos gestores de la seguridad, que no se encuentran en condiciones de prever en un momento dado cómo y cuando se podrán producir nuevos aumentos.

3o.—Por lo que se refiere a las instalaciones sanitarias, las variaciones sobrevienen con relación al progreso de la ciencia médica, y por lo que concierne a los hospitales en particular, con relación al monto de las tarifas hospitalarias, cuya determinación queda fuera de la competencia de los seguros sociales.

En cuanto a las variaciones en el aumento del número de intervenciones médicas por asegurado, las causas son múltiples, a saber:

1o.—La demanda más frecuente de los asegurados con respecto a consultas médicas;

2o.—Los métodos más perfeccionados de diagnóstico y cuidados, que hacen necesaria la intervención de un mayor número de médicos o de instrumentos;

3o.—La diversidad de los sistemas de remuneración de los médicos;

4o.—La imposibilidad de reglamentar el que los asegurados recurran a la asistencia del médico.

El examen de estas causas nos lleva a buscar sus orígenes, que son muy variados y merecen ciertamente ser tratados con mayor amplitud, puesto que permiten reconocer la realidad absoluta de los límites dentro de los cuales se justifica la intervención del seguro social, tanto como acción sanitaria, como a título económico.

Evidentemente, desde el momento en que se crea un seguro social o un servicio nacional, los beneficiarios se dirigirán, según la economía del país y según el bienestar que existe en relación con las condiciones generales de salud, más o menos frecuentemente a los servicios que les son ofrecidos. La experiencia ha mostrado que, sobre este punto hay dos aspectos:

1o.—En los países que tienen una vieja tradición social, el mayor número de los recursos se debe a la existencia de una conciencia sanitaria gracias a la cual el individuo aprende a conocer los beneficios que resultan de la posibilidad de un control constante de su propio estado de salud. Pero sucede que, aún en esos países, en cuanto una crisis económica sobreviene la conciencia sanitaria se transforma dando al individuo el mejor conocimiento de las posibilidades que tiene de lograr ventajas de un beneficio que se le ofrece. En los dos casos, la demanda a las prestaciones aumenta siempre; en el primer caso, con un beneficio no solamente para el individuo sino para la sociedad y la producción, puesto que el individuo que sabe que se encuentra en buen estado de salud da un mejor rendimiento en su trabajo; en el segundo caso, con un perjuicio para el seguro, que debe, a pesar de la disminución en los ingresos, asumir gastos más elevados para las prestaciones.

20.—En los países en donde el seguro de enfermedad es de reciente creación —y se trata en general de países poco desarrollados—, la demanda que aumenta poco a poco debe atribuirse a la formación gradual de esta conciencia sanitaria.

Pero en los dos casos parece necesario interrogarse lo siguiente: ¿cuáles son los límites dentro de los cuales el seguro social o el servicio nacional debe o puede satisfacer las reivindicaciones formuladas por esta conciencia sanitaria? en otros términos: ¿es posible llegar al punto en que el individuo esté saturado en materia sanitaria, de suerte que el seguro pueda constatar el haber llegado al máximo de las prestaciones, más allá del cual no se pueden obtener aumentos? ó ¿corresponde a la seguridad social o al servicio nacional trazar el límite de esta saturación con respecto a sus propias posibilidades económicas o de aquellas generales del país? ¿No ha sido esta última hipótesis la que se ha realizado con respecto al servicio nacional de salud de la Gran Bretaña, desde el momento en que el gobierno ha considerado su deber marcar un límite máximo a las sumas del presupuesto destinado a este servicio?

Bajo este aspecto, el problema del financiamiento es uno de los más difíciles para resolver, puesto que se arriesga el descartar los fines sociales. Desde este momento, la historia de la seguridad social muestra claramente que uno de sus objetivos esenciales es la protección de la salud del asegurado, entendiéndose esta protección como previsión, cuidados, mantenimiento y mejoramiento del estado de salud del individuo. ¿Pero es posible, para alcanzar este fin, repartir las diferentes cargas entre la sociedad y el individuo? ¿Es posible, para los fines de esta saturación, orientar la conciencia sanitaria puesto que el individuo sabe que su propia responsabilidad está igualmente comprometida desde el momento en que recurre a los beneficios ofrecidos por el seguro social, o por un servicio de salud? Verdaderamente, frente a una tarea tan vasta, emprendida por la seguridad social, la determinación de los límites, por lo que se refiere a la enfermedad, es esencial.

Pero en el cumplimiento de esta labor se encuentran obstáculos que no parecen ser fácilmente superados: la determinación de los límites significa la posibilidad de establecer a priori los casos en los cuales se justifica la intervención del seguro o del servicio social.

Entonces es cuando se presentan diversos aspectos que se encuentran en relación con los sistemas de concesión de las prestaciones, a saber:

a) En un sistema en el cual los cuidados médicos son proporcionados exclusivamente por las instalaciones que pertenecen al seguro o al servicio social, y dirigidas directamente por estos, en el cual la remuneración del médico no se hace por intervención médica, la determinación de los límites es posible, puesto que es el organismo mismo quien juzga la necesidad de su propia intervención mientras que el acceso del asegurado a su seguro no implica ninguna nueva carga.

b) En cambio en los sistemas en los cuales los cuidados médicos son proporcionados por instalaciones contractuales y por médicos remunerados por prestación dada en virtud de la libertad del ejercicio de la profesión o en los cuales el seguro interviene aplicando el sistema de reembolso, la determinación por decirlo así es imposible. En efecto es el asegurado el que en relación con su evaluación personal y subjetiva de su propio estado de salud en la cual intervienen igualmente factores de orden psicológico, determina, recurriendo al médico, la intervención del seguro, que por este hecho se hace cargo de la primera visita. A su vez, el médico determina la intervención posterior del seguro que generalmente se reserva la autorización previa para la asistencia hospitalaria y para la asistencia farmacéutica. Nos encontramos frente a elementos subjetivos y la posibilidad de juzgarlos es muy discutible. Algunos países, por ejemplo, el Japón, han adoptado el sistema de cargar los gastos de la primera visita al asegurado.

De todo lo anterior se puede concluir que sólo la gestión directa de los servicios médicos y las condiciones particulares de retribución de los médicos hacen posible la determinación de la intervención del seguro. En el estado actual de las cosas este sistema es el método aplicado y los resultados obtenidos gracias a él, o los que se obtengan permitirán, comparándolo con los resultados de los sistemas en los cuales la responsabilidad del asegurado se coloca en primer lugar, deducir enseñanzas y orientaciones útiles.

ESTABILIZACION DE LOS GASTOS DE PRESTACIONES SANITARIAS

Es evidente que la interpretación de las tareas relativas a la protección de la salud no hace distinción según los sistemas de otorgamiento. Se trata pues de ver cómo se puede orientar hacia una acción uniforme en la cual el asegurado tenga un mínimo de responsabilidad desde el momento en que adquiera una conciencia sanitaria que es el elemento esencial para determinar la saturación de las prestaciones.

Es necesario ante todo llegar a la estabilización del costo de algunas prestaciones teniendo en cuenta las tendencias modernas en

materia de diagnóstico y de terapéutica. Por lo que se refiere al costo de las prestaciones dadas por el médico de medicina general o por el especialista, la estabilización debe buscarse en la determinación del número medio anual de actos por asegurado que se acerque lo más que sea posible a las necesidades sanitarias del conjunto de asegurados. De acuerdo con las estadísticas se puede hacer una primera constatación: en efecto se comprobó en la Gran Bretaña durante más de diez años y a pesar del hecho de que los dos sistemas se hayan sucedido en el curso de este período, que el promedio es constantemente de cinco a seis actos médicos. En verdad no será imposible determinar así las cargas teniendo en cuenta las variaciones que podrán sobrevenir en el costo de la vida, en un sistema sea de retribución por prestación, sea por cabeza y por año, sea por destajo mensual. Evidentemente el límite de la menor seguridad será proporcionado por el sistema de la retribución por prestación como lo demuestra la experiencia de Francia y de Italia.

No se puede olvidar tampoco que la acción se ejerce en el campo de la medicina social a la cual incumbe sin ninguna duda la tarea de determinar las necesidades sanitarias de la colectividad no solamente con respecto a la apreciación del estado general de salud sino también de las instalaciones, de los medios y de los instrumentos sanitarios. Parece, en efecto, que se puede confiar a los médicos la responsabilidad que ellos reivindican notoriamente frente a la seguridad social.

Por lo que se refiere a las cargas relativas a las medicinas podrán ser estabilizadas únicamente por medio de disposiciones que pueden considerarse como extraordinarias dados los sistemas actualmente en vigor. ¿Se pregunta si se puede, después de haber afirmado la libertad de prescripción del cuerpo médico, intervenir legítimamente en todas las otras fases representadas por la actividad farmacéutica? Se citan ejemplos del deseo de los organismos gestores de la seguridad social para poder intervenir al lado de las autoridades de administración pública cuando se trate de la fijación del precio de las medicinas. Sea como fuere la A.I.S.S. se pronunció sobre este asunto en el curso de su XI Asamblea General celebrada en París en 1953 y parece ser que no se puede obstaculizar una acción que tiene como fin económico reducir el costo de producción y de venta de las medicinas en beneficio de la economía nacional de la seguridad social.

Se satisface, así, por medio de una reducción de precios, una reivindicación que tiende a garantizar la realización de un fin social.

La asistencia hospitalaria dá también lugar a algunas consideraciones relativas a su costo comprobando que la seguridad social recurre en general a las instalaciones hospitalarias regentadas por organismos públicos o privados.

La seguridad se beneficia de tarifas favorables o retribución de la administración pública, pero no interviene en la determinación de las tarifas de base; y por esto estas tarifas se fijan a veces por la administración del hospital a precios tan elevados, que permiten entrar en concurrencia a las instituciones sanitarias privadas las cuales con este carácter persiguen evidentemente un fin lucrativo.

Sea como fuere esta independencia de las administraciones hospitalarias se ve en cierta medida contrabalanceada por la autorización previa que los seguros deben necesariamente pedir para poder internar a uno de sus asegurados en un hospital.

ELEMENTOS DETERMINANTES PARA ESTABILIZAR EL COSTO DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS

El examen llevado a cabo hasta aquí, permite concluir que, para mantener el equilibrio de los ingresos y los gastos del seguro de enfermedad o de un servicio social, es necesario en primer lugar estabilizar algunos elementos que deben considerarse en las cuentas de gastos de las prestaciones, a saber:

1o.— La determinación de las necesidades sanitarias de la población asegurada, para aproximarse, en la medida de lo posible, a la saturación de la demanda de prestaciones médicas;

2o.— El control del precio de las medicinas y el monto de las tarifas hospitalarias;

3o.— Finalmente, es necesario reglamentar la demanda de prestación de servicios a los asegurados, de suerte que el seguro no se ve obligado a intervenir inútilmente, y a costo elevado, cuya consecuencia se traduciría en la dispersión de medios y en detrimento de una acción eficaz de protección de la salud.

Como ya ha sido mencionado repetidamente, se encuentran, en materia de seguridad respecto a los perjuicios que resultan para los trabajadores enfermos, numerosos elementos que se substraen a la posibilidad de un control y de una previsión por parte de los organismos gestores, los cuales se limitan a dividir el daño entre el mayor

número posible de sujetos, puesto que no se encuentran en posibilidad de evaluar el riesgo según los cálculos particulares de la ciencia estadística y actuarial. En efecto, no se podría afirmar que, hasta la fecha, se haya dado una definición de la enfermedad para los fines del seguro social, puesto que se ha constatado que el recurso a las prestaciones aumenta constantemente y que, ante este fenómeno creciente, los presupuestos se inflan continuamente hasta el punto de presentar el problema del financiamiento en toda su agudez; puesto que no se debería convertir en algo anti-económico un beneficio que ha sido creado con miras a lograr el bienestar común.

Es por ello por lo que se ha reducido el problema, limitándose a satisfacer las necesidades sanitarias y a determinar el punto de saturación más allá del cual todo aumento en las cargas sería imposible.

Por sus encuestas periódicas, la Oficina Internacional del Trabajo observa constantemente el costo de la seguridad social en su conjunto, pero llama la atención sobre la dificultad que existe en comparar los datos y el lograr conclusiones, puesto que los sistemas de seguridad social se presentan de manera diversa en los distintos países del mundo, sea desde el punto de vista de las prestaciones sea desde aquel relativo a los sujetos de la seguridad social.

La encuesta relativa a los años de 1949 a 1951 llevada a cabo sobre los mismos países en cuestión permite establecer la tabla que más adelante se reproduce, que indica el porcentaje del ingreso nacional representado por los ingresos y gastos de la seguridad social (tabla núm. 6).

Es útil agregar a estos datos una tabla de los salarios sujetos a cotizaciones del seguro de enfermedad y del porcentaje de estos salarios representado por las diferentes prestaciones (tabla núm. 7).

Las dos tablas dan simplemente una idea de la importancia de los seguros sociales y de la posición que ocupan en el ingreso nacional. Una apreciación de la economía de los diversos países, sobre la incidencia de las cargas del seguro de enfermedad con respecto a otros regímenes de orden social, sobre la posibilidad de un aumento o de una disminución, no entra dentro del campo del presente estudio; por otra parte, será necesario tener un conocimiento exacto de otros elementos de los cuales no se dispone fácilmente.

Parece sin embargo, para mantenernos dentro del dominio del financiamiento del seguro de enfermedad o de un servicio social, que es

necesario, para los fines de la disciplina del recurso al beneficio ofrecido por el seguro, pasar rápidamente revista de las disposiciones en vigor en los diferentes países y por los cuales se reglamentan por una parte la cuestión de las cotizaciones; por la otra, aquella de la participación del asegurado en el costo de las prestaciones.

En Austria la participación en el costo de las medicinas y de los medios terapéuticos está prevista; varía de una Caja a otra; se ha fijado en un 10% para hospitalización de los miembros de la familia del asegurado.

En Francia, la participación existe en el sistema de reembolso que fija en un 20% la participación del asegurado en los gastos sanitarios.

En Alemania el asegurado debe obtener una hoja especial al precio de 0.25 DM, presentando su solicitud de prestación de enfermedad. Participa en el costo de las prestaciones farmacéuticas por una contribución variable según las Cajas y que va de .25 a .50 DM por cada receta. Algunas cajas prevén una participación de 20 a 50 por ciento del costo de las prestaciones farmacéuticas concedidas a los miembros de la familia del asegurado.

En la Gran Bretaña, la participación es de un chelín por cada receta farmacéutica; es variable para los aparatos de prótesis, ortopedia, etc.

En Suecia la participación está prevista en el sistema de reembolso que coloca a cargo del asegurado una participación del 25% de los gastos sanitarios.

En Suiza la participación en el costo de las prestaciones sanitarias varía de un 10 a un 25%, según las Cajas.

En el Japón, el asegurado se hace cargo, al principio de su enfermedad, del costo de la primera visita médica y participa en un 50% en el costo de las prestaciones sanitarias concedidas a los miembros de su familia.

En el Brasil, se prevé una participación variable en materia de prestaciones sanitarias proporcionadas a los miembros de la familia del asegurado.

En Yugoslavia, Perú, y Turquía, no se prevé participación alguna; en Italia no está prevista sino para las prestaciones farmacéuticas y únicamente para la categoría de empleados del Estado.

CONCLUSIONES.

Este conjunto tan complejo del seguro de enfermedad considerado desde el punto de vista de sus necesidades económicas, permite formular ideas que, sacadas como han sido de una primera experiencia aún no bien cimentada, se presentarán seguramente en los problemas futuros de la seguridad social.

En primer lugar, parece que, hablando de la enfermedad para los fines de la protección social, conviene hacer una clara distinción entre los problemas inherentes a las prestaciones en dinero y aquellos inherentes a las prestaciones sanitarias, teniendo en cuenta que, por lo que hace a estas últimas prestaciones los problemas son examinados, con fines de organización y de economía, en su conjunto, sin tenerse en cuenta el hecho de que su concesión sea confiada a un instituto gestor del seguro social o a un servicio dirigido por el Estado o por autoridades locales.

En efecto, el fin de la protección general de la salud buscado por la seguridad social exige la apreciación de las necesidades sanitarias de la población, y en particular, de aquella que trabaja; estas necesidades evaluadas por la autoridad sanitaria, serán en proporción inversa de la situación económica del país y, por esta razón, serán más grandes a medida que la economía nacional sea inestable o se encuentre en un estado de depresión.

Parece, por lo tanto, que la adopción de un sistema de financiamiento y sobre todo, la determinación de aquellos que deberán participar en la formación de los ingresos, pueden considerarse como definitivos o estáticos. Las necesidades sanitarias y la situación económica general pueden aconsejar según la relación que se instituya entre los dos elementos, una repartición diferente de las cargas entre el Estado, los empleadores y los trabajadores y, en consecuencia, una participación diferente en el financiamiento de las prestaciones sanitarias.

Así, por ejemplo, la acción preventiva que concierne al estado general de la salud podrá entrar en el grupo de tareas propias de la administración pública o dentro de aquel del seguro social, pero es evidente que el Estado no podrá dejar de participar en la carga relativa, puesto que se trata de una acción que se ejerce en el interés general y no exclusivamente en aquel de la población activa. En este orden de ideas el Gobierno Federal de los Estados Unidos ejerce una vasta actividad preventiva, si bien este mismo gobierno no proporciona un seguro obligatorio contra la enfermedad.

Puede decirse que se encuentra en dicho caso, los elementos siguientes:

1o.—Acción sanitaria preventiva en interés de la comunidad.

2o.—Necesidades sanitarias menos grandes de la población activa, dada la estabilidad de la situación económica nacional.

3o.—Medidas de previsión contra la enfermedad tomadas sobre una base voluntaria y según el concepto de la responsabilidad individual.

Desde que existe un equilibrio entre las necesidades sanitarias y la economía general, lo que constituye comunmente el ideal sobre el plano de la seguridad social, y desde que las cargas de la concesión de la indemnización de seguridad, en la que los criterios del seguro no tienen lagunas, son estables, la carga de las prestaciones sanitarias puede repartirse imponiendo:

1o.—El costo de los cuidados preventivos a la administración pública, que podrá siempre demandar una participación de las organizaciones gestoras de la seguridad social.

2o.—El costo de las prestaciones sanitarias a los empleadores y a los trabajadores que intervendrán por una cotización en un porcentaje del salario, de manera que se reparte este costo entre las partes, conforme a las variaciones que pueden sobrevenir en el equilibrio de los dos elementos. Sea como fuere, y precisamente en vista de la necesidad de garantizar la correspondencia entre los ingresos y los gastos, dada la diversidad y variabilidad de los elementos que entran en el costo de las prestaciones sanitarias, será oportuno poder prever, como por otra parte eso se hace en las cajas alemanas, la movilidad del porcentaje de la cotización dentro de límites máximos y mínimos determinados previamente, de suerte que sea posible establecer cada año el equilibrio del balance del año precedente por medio de los excedentes o déficits que eventualmente se hayan constatado.

La cotización y sus variaciones constituye en consecuencia, la fuente principal de atribución de las prestaciones sanitarias y representa la expresión de la solidaridad entre las partes; pero no podría pensarse que las necesidades de concesión de las prestaciones sanitarias sean satisfechas así. Porque además de todas las consideraciones expuestas en el curso del presente estudio, estas necesidades exigen que se haga un llamado a la responsabilidad del asegurado y que se

constituyan reservas, aunque sea en una medida limitada, a fin de hacer frente a las cargas agravadas que resultan de una técnica sanitaria más elevada, y a las consecuencias imponderables de epidemias y de otros acontecimientos desastrosos que causan un daño enorme al estado de la salud general de un país.

Hemos mencionado como los asegurados son llamados, en numerosos países y según los diferentes sistemas en vigor, a participar en el costo de los cuidados médicos, sin embargo, sin que sea posible hacer una comparación entre los sistemas, ni mostrar las ventajas de la participación por comparación con los países que no la prevén. Pero si examinamos de nuevo las consideraciones aquí formuladas, la elección de un sistema de participación depende de la posibilidad de determinar el sistema que sea mejor para dar al asegurado un sentido de responsabilidad cuando solicite una prestación.

En definitiva, se trata de lograr en el asegurado la conciencia de la importancia que representa su decisión de solicitar la intervención del seguro o de un servicio social.

Si se desea hacer la síntesis de las dos fuentes económicas proporcionadas por los cotizantes, puede decirse que las cotizaciones son la expresión de la solidaridad humana, en tanto que las partes alícuotas de la participación son la expresión de la responsabilidad individual.

En fin si se da una interpretación más amplia a las recomendaciones adoptadas por la Conferencia Internacional del Trabajo reunida en Filadelfia en 1944 y ateniéndose a las constataciones basadas en los resultados de la gestión de seguros en los diferentes países puede afirmarse que es posible prever sin ningún otro dato la constitución obligatoria de fondos de reserva para el otorgamiento de prestaciones sanitarias a fin de poder enfrentarse a las variaciones imprevisibles que se manifestarán en los índices de estabilización del costo o para necesidades sanitarias consecutivas a los acontecimientos extraordinarios de enfermedades epidémicas.

Para resolver el problema del financiamiento de las prestaciones sanitarias concedidas por el seguro o por un servicio social, parece que no es posible establecer una esquematización definitiva y duradera; y por lo mismo no podría acusarse de escepticismo. Los factores que intervienen en el sistema se colocan en la mayoría de los casos fuera de las previsiones técnicas y estos factores intervienen casi

siempre en un sentido negativo al punto de vista del financiamiento desde el momento en que se quiere cumplir ampliamente con el deber fundamental de proteger la salud.

EL CONJUNTO DE DATOS ESTADISTICOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DEL SEGURO DE ENFERMEDAD Y EL OTORGAMIENTO DE PRESTACIONES

Al examinar los problemas del financiamiento de las prestaciones de enfermedad, muchos aspectos hubieran podido exponerse con toda evidencia si las monografías hubieran contenido datos suficientes y adecuados.

Por el contrario constatamos que los diferentes países levantan estadísticas en relación con los sistemas de otorgamiento de cuidados sanitarios, remuneración de la profesión médica, organización administrativa centralizada, de tal manera que no se puede disponer de datos uniformes para el mismo lugar.

También constatamos que sería posible llegar a una clasificación común de los lugares que interesan principalmente a la evolución de las prestaciones de enfermedad para obtener una comparación constante en el plano internacional. Será esta la mayor contribución que la A.I.S.S. podrá ofrecer a los administradores de la seguridad social y a quienes se interesen en ella. En efecto los datos constituirán la base de evaluaciones de orden económico, técnico, sanitario y psicológico.

Los sistemas en vigor para otorgar prestaciones de enfermedad son numerosos, pero todos tienen el mismo fin, a saber: la protección de la salud en caso de enfermedad. En consecuencia, los instrumentos y los medios de dar esta protección son los mismos: es esencial conocer el uso que se haga de ellos, sea que el organismo gestor proporcione directamente los servicios o que se limite a relacionarse con el asegurado para reembolsarle los gastos que haya hecho.

Por otra parte es claro que una anotación metódica de los datos hecha por los organismos que pertenecen a la A.I.S.S. y cuyo número actualmente es superior a 117, no puede aspirar a proporcionar un análisis detallado de todos los hechos que componen la seguridad social: se trata de escoger aquellos que son esenciales y cuyo estudio interesa de manera especial a la seguridad social.

Una de las mayores dificultades es sin duda alguna la posibili-

dad de encontrar un denominador común para la actividad de otorgamiento de prestaciones de enfermedad dado que, la seguridad social, se extiende a veces a todas las enfermedades sea de carácter común o de naturaleza social que provocan, una invalidez temporal o parcial y que otras veces se limita a las enfermedades comunes y a períodos de tiempo bien determinados; sucede también que ciertas enfermedades sociales están, desde el punto de vista de la prevención y de los cuidados a cargo de la asistencia del Estado o de seguros particulares.

La administración de las instituciones puede ser centralizada. Pero en algunos países, la dirección o la gestión incumbe a un instituto único para todas las categorías de asegurado, mientras que en otros países está confiada a varias instituciones según las categorías de asegurados.

En otros países la dirección está descentralizada y existen numerosos organismos locales que gozan de autonomía administrativa y que se encargan de esas gestiones. Evidentemente se encontrarán numerosos obstáculos en la búsqueda de un denominador común y esto por razón que estos organismos locales autónomos conceden a veces prestaciones superiores aún bajo formas facultativas.

En consecuencia, es necesario:

1o.—Concentrar los datos en un centro único de concentración para cada uno de los países.

2o.—Determinar los lugares que son comunes a todos los organismos.

Parece pues, que se puede hacer la primera distinción entre los organismos del modo siguiente:

a) Organismos gestores únicos con administración centralizada;
b) Organismos gestores múltiples con administración centralizada;
c) Organismos gestores de carácter local o profesional o de empresa con autonomía administrativa, pero reunidos en un organismo federado único;

d) Organismos gestores de carácter local o profesional o de empresa con autonomía administrativa, pero reunidos en varios organismos federados según la categoría de los asegurados.

e) Servicios nacionales de salud con actividad netamente distinta del otorgamiento de prestaciones en especie o en dinero en caso de enfermedad.

De acuerdo con el cuadro de esta clasificación convendrá conocer los datos esenciales:

1.—Sobre los ingresos repartidos según su origen: trabajadores, empleadores, Estado, autoridades locales, entendiéndose que se trata siempre de ingresos efectivos en dinero y no de participaciones indirectas (participación a los gastos de cada tratamiento, etc.).

2.—Sobre los gastos repartidos según los diferentes puestos de gastos de prestaciones: prestaciones en especie, prestaciones sanitarias, gastos de administración, otros gastos.

3.—Sobre el número de afiliados y su repartición cuando la gestión es descentralizada y repartida en diversos organismos o cajas locales. Convendrá conocer igualmente el número de miembros derechohabientes de la familia conforme a la distinción hecha anteriormente. Las variaciones, sean aumentos, sean disminuciones, con relación al año anterior son interesantes.

4.—Sobre las prestaciones del seguro distinguiendo entre las prestaciones en dinero y las prestaciones sanitarias.

Por lo que se refiere a las prestaciones en dinero convendrá conocer:

a) El número de afiliados que tienen derecho a la indemnización de enfermedad;

b) El total de días efectivamente indemnizados con la repartición de los riesgos por los que la indemnización se concede como, por ejemplo, en Francia, en donde se hace una distinción entre seguro de enfermedad y seguro de enfermedad prolongada. El plazo de carencia no debe contarse. La indemnización concedida por maternidad y la concedida después de un accidente de trabajo, etc., deben ser indicadas en lugares distintos.

c) El número de casos indemnizados en el curso de un año.

d) La totalidad de sumas concedidas con la misma distinción entre los puestos como se previó en el inciso b).

Por lo que se refiere a las prestaciones sanitarias conviene tener en cuenta los diferentes sistemas de otorgamiento de cuidados médicos.

En los sistemas de reembolso convendrá conocer:

a) El número de actos resueltos en el curso del año y la totalidad de su costo.

b) El total de los reembolsos regulares hechos en el curso del año distinguiéndolos según los puntos fundamentales siguientes: prestaciones médicas y quirúrgicas sin hospitalización, prestaciones farmacéuticas, prestaciones de hospitalización. Para estas últimas conviene distinguir dos aspectos:

i) Tratamiento de hospitalización que comprende la tarifa hospitalaria y las prestaciones médicas, quirúrgicas y farmacéuticas;

ii) Tratamiento de hospitalización cuando el reembolso de la tarifa hospitalaria es distinto del de las prestaciones médicas quirúrgicas y farmacéuticas proporcionadas durante el tratamiento.

c) Para cada uno de los puntos mencionados en el inciso b) el número total anual de las visitas y las consultas del médico cirujano fuera del hospital, el número de prescripciones farmacéuticas, el número de días de tratamiento hospitalario.

d) El porcentaje del total medio de los reembolsos con relación al total medio de los gastos efectuados al tratamiento del asegurado.

e) El aumento o la disminución, constatada con relación al año anterior, de las tarifas de reembolsos fijadas por el seguro social o por el Estado.

En los sistemas directos y suponiendo que los organismos administrativos e indirectamente todas las instalaciones sanitarias y que disponen de su propio cuerpo médico que trabaja sobre la base de una relación de trabajo, los datos se limitarán a indicar los gastos hechos en el curso del año por los prácticos de medicina general, los médicos especialistas, las farmacias, los hospitales, distinguiendo para estos últimos entre los gastos de administración ordinarios y los gastos para la construcción de nuevos establecimientos o para la ampliación de los antiguos.

También será interesante conocer:

1) El número de tratamientos hospitalarios y el total de días así como las estadísticas sanitarias de tratamientos por orden de enfermedades.

2) Los datos estadísticos por número de visitas y consultas, de las prescripciones farmacéuticas y de los días de tratamiento de todos los casos de enfermedad que, en el curso del año hayan dado lugar a una indemnización diaria de enfermedad.

Para los sistemas mixtos y de reglamento directo con los médicos suponiendo que los organismos gestores tengan arreglos con las par-

tes interesadas por lo que se refiere a la asistencia por médicos generales y por médicos especialistas, las prestaciones farmacéuticas y los cuidados de hospitalización debería disponerse de los datos siguientes:

a) Número de casos que en el curso del año han exigido prestaciones sanitarias;

b) Número total de visitas y de consultas de médicos generales o de especialistas, número de prescripciones farmacéuticas, número de días de tratamiento de hospitalización con el mismo objeto; y el total, para cada uno de estos casos, de las sumas gastadas con el mismo objeto.

c) Aumento o disminución de los gastos establecidos por convenciones. Como ya se indicó la investigación se limita a las prestaciones esenciales que comprenden, por ejemplo, las prestaciones en especie en caso de nacimiento o de defunción, las prestaciones sanitarias en caso de maternidad, los gastos de transporte al hospital, las prestaciones complementarias o facultativas, el costo del control sanitario. La comparación permite constatar por una parte que las diferencias que existen de un país a otro son enormes y por otra parte que esas actividades repercuten menos intensamente sobre el funcionamiento de la gestión. Esas prestaciones podrían agruparse bajo el título "otros gastos" precisando únicamente el género de prestaciones a las cuales este título se refiere.

Además, los diferentes límites de tiempo durante los cuales se conceden prestaciones pueden evidentemente dar lugar a una estimación errónea de los datos. Es pues necesario disponer de datos sobre la duración de las enfermedades agrupándolas por período de tiempo a saber:

Número de enfermedades con una duración de un mes.

Número de enfermedades con duración máxima de tres meses.

Número de enfermedades con duración máxima de seis meses.

Número de enfermedades con duración máxima de un año.

Número de enfermedades que duren más de un año.

De esta manera los datos relativos a las prestaciones sanitarias podrán examinarse en el cuadro de los fenómenos indicados anteriormente y permitirán realizar una investigación sobre la frecuencia de estos casos con relación a su duración que es determinante para eva-

luar los límites de las necesidades sanitarias y de la economía general de un país cuando ésta última impone restricciones.

El conjunto de datos cuyos elementos deben ser indicados en los límites más sencillos permitirá darse cuenta de los fenómenos siguientes:

- a) Variación del número de asegurados;
- b) Variación en los ingresos y los egresos;
- c) Frecuencia de solicitud de prestaciones;
- d) Frecuencia de actos médicos;
- e) Variación del costo real de las prestaciones sanitarias.

Estos fenómenos constituyen la base fundamental sobre la cual se podrá llegar a una estabilización de los gastos y en consecuencia, a la constatación de los medios que pueden garantizar constantemente el equilibrio de los presupuestos de la seguridad social.

Si los organismos están de acuerdo con este proyecto de principios en cuanto a su realización y también en cuanto a la posibilidad de su organización será posible proceder en común al examen para completarlo y establecer un formulario internacional que facilite a todas las instituciones la recopilación de datos.

Esta tarea será la base indispensable para el estudio de todos los problemas estadísticos y actuariales que la A.I.S.S. inscribió en su programa y en vista de la cual convocó una Conferencia Internacional de Estadística y Actuarios de la seguridad social que debe reunirse en un futuro próximo.

CUADRO NUM. 1 — Número de Beneficiarios (en millares)

PAISES	AÑO 1948			AÑO 1952		
	Asegurados	Miembros de la Familia	Total	Asegurados	Miembros de la Familia	Total
<i>EUROPA:</i>						
Alemania ¹	19.141	—	—	22.341	—	—
Austria ²	2.970	1.095	4.065	3.270	1.213	4.448
Francia ³	8.000	—	—	10.670	11.330	22.000
Gran Bretaña ⁴	21.300	—	21.300	20.800	—	20.800
Italia	8.974	9.334	18.308	9.552	9.791	19.343
Suecia ⁵	2.982	1.223	4.205	—	—	—
Suiza ⁶	2.500	—	2.500	3.129	—	3.129
Yugoslavia	9.510	—	—	—	—	—
<i>ASIA:</i>						
Japón ⁷	6.095	4.785	10.880	7.505	5.639	13.144
Turquía ⁸	382	—	—	443	—	—
<i>AMERICA LATINA:</i>						
Brasil ⁹	—	—	—	3.139	6.278	9.417
Perú ¹⁰	306	—	306	322	—	322

1.—Faltan datos de 1948. Las cifras indicadas se refieren al año de 1949. No se dispone de datos sobre el número de miembros de la familia. Los datos comprenden a los pensionados (1949 = 4.033.450; 1952 = 5.810.275).

2.—Los datos comprenden a los pensionados (1948 = 502.562; 1952 = 783.424).

3.—Faltan datos de 1948. Las cifras se refieren al año de 1946 (O.I.T. —Norma Mínima de la Seguridad Social).

4.—Faltan datos de 1948. Las cifras indicadas se refieren a 1949. Los datos relativos a los miembros de la familia no se han obtenido, los cuidados médicos son concedidos por el Servicio Nacional de Salud. La disminución se refiere al número de asegurados.

5.—Faltan datos de 1948. Las cifras disponibles se refieren a 1945 (O.I.T. —Norma Mínima de la Seguridad Social. En 1955 entró en vigor el régimen nacional del seguro de enfermedad, en virtud del cual los cuidados médicos se otorgan a todos los ciudadanos).

6.—Faltan datos de 1948. Las cifras indicadas se refieren a 1941. Para tener derecho a las prestaciones, los miembros de la familia deben estar asegurados.

7.—Faltan datos de 1948. Las cifras indicadas se refieren al año 1950 y conciernen exclusivamente al seguro de enfermedad de las personas al servicio de empresas que ocupen cinco trabajadores como mínimo.

8.—El Seguro de enfermedad-maternidad entró en vigor el 1o. de marzo de 1951. Las prestaciones no se extienden a los miembros de la familia, a excepción de las prestaciones de maternidad concedidas a la esposa del asegurado.

9.—No se dispone de datos relativos al año de 1948. Los datos mencionados aquí son el resultado de los promedios anuales del periodo 1948-1952.

10.—Faltan datos de 1948. Las cifras indicadas se refieren a 1951.

CUADRO No. 2 — Límites y Condiciones de la Concesión de Prestaciones

PAISES	SISTEMA	CUIDADOS MEDICOS						INDEMNIZACIONES	
		Cuidados Médicos y especializados		Asistencia Farmacéutica		Cuidados Hospitalarios		Porcentaje	Límite de Tiempo
		Hasta 180 d.	Después de 180 d.	Hasta 180 d.	Después de 180 d.	Hasta 180 d.	Después de 180 d.		
<i>EUROPA:</i>									
Alemania ¹	directo	sin límite de tiempo		sin limite de tiempo		26semanas	—	50%	26semanas ²
Austria	directo	sin límite de tiempo		sin limite de tiempo		26semanas	—	50%	26semanas ²
Francia	reemb.	6 meses ³	3 años	6 Meses	3 años	6 Meses	3 años	50%	6 mes. 3 años
G. Bretaña	directo	sin límite de tiempo		sin limite de tiempo		sin limite de tiempo		fijado por categoria	sin límite ⁴
Italia ⁵	direct. reemb.	180 d.	—	180 d.	—	180 d.	—	50%	150 d.
Suecia	reemb.	sin límite de tiempo		sin limite de tiempo		sin limite	730 d. ⁶	Fijado por categoria	730 d. ⁶
Suiza ⁷	directo	180 d.	—	180 d.	—	180 d.	—	min. 1 fr. por d.	180 d.
Yugoeslavia	directo	sin límite de tiempo		sin limite de tiempo		sin limite de tiempo		50%	1 año
<i>ASIA:</i>									
Japón	directo	90 d.	3 años ⁸	—	3 años	—	3 años	60%	6 meses ¹⁰
Turquía	directo	90 d. ⁹	—	90 d.	—	90 d.	—	50	180 d. ¹⁰
<i>AMERICA LATINA</i>									
Brasil	directo	sin límite de tiempo		sin limite de tiempo		sin limite de tiempo ¹¹		70% ¹²	24 Meses
Perú ¹³	directo	26 semanas	—	26 semanas	—	26 semanas	—	70 %	26 semanas

Notas de la Tabla No. 2

- 1.—Por los cuidados médicos el asegurado deberá pagar 0.25 Marcos por la hoja de enfermedad y la misma cantidad por cada prescripción farmacéutica. En algunas zonas la participación en el costo de las medicinas proporcionadas a los miembros de la familia puede ser más elevada y varía entre 20 y 50%.
- 2.—Pueden llegar hasta 52 semanas si el asegurado tiene cuando menos seis meses de seguro. Para los cuidados médicos se prevé una participación en el costo de las medicinas y medios terapéuticos de cierta importancia. La participación de los miembros de la familia es de 20% para las medicinas y de 10% para los cuidados hospitalarios.
- 3.—Durante los seis primeros meses, las prestaciones se otorgan a título de seguro de larga enfermedad.
- 4.—El asegurado debe haber pagado 156 cotizaciones semanales.
- 5.—Los cuidados en especie y en dinero varían desde el punto de vista de la duración de su otorgamiento, según la categoría de trabajo a la cual pertenecen los asegurados.
- 6.—Los cuidados hospitalarios se limitan a 90 días por caso de enfermedad para las personas de más de 67 años, o beneficiarios de una pensión. La indemnización se concede a las personas que ejecutan un trabajo remunerado, y que gozen de un ingreso de 1,200 coronas cuando menos.
- 7.—El límite de 180 días para las prestaciones en especie y en dinero puede llegar a 360 días en el curso de un período de 540 días consecutivos. Algunas Cajas prevén igualmente períodos superiores. La Ley sobre el seguro de enfermedad, se limita desde el punto de vista de la indemnización a establecer el mínimo de un franco por día. Diversas medidas han sido previstas por las diferentes cajas. Para las prestaciones sanitarias, se prevé una participación del asegurado que va de 10 a 25% del costo de los cuidados.
- 8.—El asegurado participa en el costo de los cuidados únicamente por la primera visita médica (46-50 yens) y en un 50% en los gastos de atención médica acordados a los miembros de la familia a cargo del asegurado.
- 9.—Pueden llegar a 180 días si el asegurado ha pagado las cotizaciones por 160 días cuando menos en el curso del año anterior a la notificación de la enfermedad.
- 10.—Las cotizaciones deben haberse cubierto por un mínimo de 180 días.
- 11.—El tratamiento de enfermedad mental se concede durante 12 meses como máximo.
- 12.—El porcentaje del 70% se ha calculado sobre el salario sujeto a impuesto. La indemnización por los primeros quince días de la enfermedad queda a cargo del empleador.
- 13.—El límite de 20 semanas, previsto por la concesión de las prestaciones en dinero y sanitarias, puede llegar a 52 semanas si es posible prever la mejoría.

CUADRO No. 3

Límite y Condiciones de la Concesión de las Prestaciones

P A I S E S	Cotización previa	Periodo de carencia		Duración del seguro
		Prestaciones en dinero	Prestaciones en dinero	
<i>EUROPA:</i>				
Alemania	ninguna	3 días	ninguna	3 semanas ¹
Austria	ninguna	3 días	ninguna	3 semanas ¹
Francia	3 meses ²	3 días	ninguna	ninguna
Gran Bretaña	26 c. s.	3 días	ninguna	ninguna
Italia	ninguna ³	3 días	ninguna	6 meses
Suecia	ninguna	3 días	ninguna	ninguna
Suiza	3 meses	ninguna	ninguna	ninguna
Yugoeslavia	ninguna	7 días ⁴	ninguna	— ⁵
<i>ASIA:</i>				
Japón	ninguna	3 días	ninguna	ninguna
Turquía	160 d.	3 días	ninguna	ninguna
<i>AMERICA LATINA:</i>				
Brasil	12 c. m.	15 días	ninguna	12 meses
Perú	120 d. ⁶	3 días	ninguna	ninguna

N.B.: c. s. = cotización semanal; c. m. = cotización mensual.

- 1.—Después de 26 semanas de seguro durante los 12 últimos meses.
- 2.—Con un mínimo de 60 horas de trabajo remunerado.
- 3.—Para los trabajadores calificados como empleados, un mes.
Para las personas que efectúan servicios domésticos, 6 meses.
- 4.—Los siete primeros días son cubiertos por el empleador.
- 5.—Durante el período en el curso del cual recibe la indemnización de desempleo, el asegurado tiene derecho a prestaciones en especie.
- 6.—Con un mínimo de cuatro cotizaciones semanales.

CUADRO NUM. 4
INDICES DE MORBILIDAD

PAISES	Años	Promedio de prestaciones diarias pagadas anualmente al asegurado	Promedios de casos anuales de incapacidad por cada 100 asegurados.	Promedio de duración de casos de incapacidad	Promedio de días de hospitalización por año y por asegurado	Promedio de número de casos de hospitalización por año y por cada 100 asgds.	Promedio en caso de hospitalización
<i>EUROPA:</i>							
Alemania	1949	7,5 ¹	44,4	24,1	2,0	8,5	23,9
	1952	7,8 ¹	46,2	23,9	2,0 ¹	8,9	22,2
Austria	1952	14,7	63,8	23,0	2,2	12,5	17,9
Francia	1949	10,1	—	15,2	—	—	—
	1952	9,3	—	—	5,0	—	—
Gran Bretaña	1949	12,2	32,6	37,0	—	—	—
	1952	11,7	31,7	37,0	—	—	—
Italia	1949	14,2	51,5	26,8	0,62	4,36	14,2
	1952	14,4	63,2	22,8	0,61	4,77	12,7
Suecia ²	—	—	—	—	—	—	—
Suiza	1952	9,0	29,0	31,2	1,03	5,94	17,33
Yugoeslavia	1953	14,63	88,0	6,6	4,08	28,27	14,42
<i>ASIA:</i>							
Japón ³	1949	4,4	—	—	—	—	—
	1952	6,2	—	74,5	—	3,9 ⁴	—
Turquía ⁵	1951	6,1	43,9	16,5	1,4	13,5	9,7
	1953	6,5	41,1	20,0	1,6	12,1	13,2
<i>AMERICA LATINA</i>							
Brasil ⁶	1950	106,0	9,5 ⁴	—	—	—	—
	1953	—	—	—	—	—	—
Perú ⁷	—	—	—	—	—	—	—

1.—Los datos han sido obtenidos del "Die soziale Krankenversicherung im Jahre, 1951, Bonn".—Se refieren al año de 1951.

2.—No se dispone de datos, el seguro obligatorio entró en vigor el 1o. de enero de 1955.

3.—Los datos se indican a título de ejemplo.—Comprenden las cifras relativas a los accidentes.

4.—Los datos se refieren a 1954.

5.—Hay lugar a observar que las variaciones se encuentran igualmente en relación con la entrada en el seguro de nuevas categorías de asegurados que no se han beneficiado con la totalidad del otorgamiento de las prestaciones. Por ejemplo, octubre de 1953, 27,000 trabajadores entraron al seguro en Ankara.

6.—Los datos sobre el seguro hospitalario no se han obtenido. El promedio de los días de indemnización es elevado, por el hecho de que la mayoría de los casos se refieren a la incapacidad o son atribuibles a la tuberculosis.

7.—No existen datos.

CUADRO NUM. 5
Costo de las Prestaciones de Enfermedad
En monedas nacionales (millones)

P A I S E S	Años	Prestaciones en dinero	PRESTACIONES EN ESPECIE			
			Médicas	Farmac.	Hospit.	Total
<i>EUROPA:</i>						
Alemania	1949	390	366	259 ¹	298	923
	1952	595	572	379	444	1.395
Austria	1949	214	172	158	187	517
	1952	365	395	315	418	1.128
Francia	1949	29.376	15.144	14.233	30.031	59.408
	1952	47.739	29.288	36.812	62.614	128.714
Gran Bretaña ²	1949	66	42	31	202	275
	1952	79	77	36	256	369
Italia	1949	13.000	9.800	16.300	17.800	43.900
	1952	20.600	16.100	28.000	24.100	68.200
Suecia ³	1955	542	82	34	50	166
Suiza ⁴	1951	61	—	—	—	161
<i>ASIA:</i>						
Japón ⁵	1950	5.165	—	—	—	19.330
	1952	8.860	—	—	—	30.870
Turquía ⁶	—	—	—	—	—	—
<i>AMERICA LATINA:</i>						
Brasil	—	—	—	—	—	—
	1953	947	—	—	—	1.326
Perú	1951	15	1	8	2	11
	1952	17	1	9	2	12

1.—Comprende el costo de las prótesis dentales. Los datos relativos a 1949 han sido tomados del "Die soziale Krankenversicherung im Jahre 1951, Bonn".

2.—El ejercicio financiero va, del 1o. de abril de 1949 al 31 de marzo de 1950 y del 1o. de abril de 1952 al 31 de marzo de 1953.

3.—Los datos estadísticos tienen en cuenta los gastos previstos por el Estado para el objeto de la aplicación de la Ley sobre el seguro de enfermedad que entró en vigor el 1o. de enero de 1955. El Estado participa en el costo de la asistencia hospitalaria y en el de las atenciones proporcionadas por los practicantes de medicina general.

4.—Los datos relativos a 1949 y a 1952 no han sido obtenidos; no se dispone tampoco, de la repartición de los gastos sanitarios entre los tres puestos principales.

5.—Los datos comprenden el costo de los cuidados en sanatorios, datos a tuberculosos. No existe repartición entre los tres grandes puestos de gastos. Según el boletín de la A.I.S.S. núm. 9-10, de 1954, los honorarios otorgados a los médicos llegaron a 2.840.985.000 yens.

6.—No se dispone de datos relativos a Turquía.

CUADRO NUM. 6

INGRESOS Y EGRESOS

En Porcentaje del Presupuesto Nacional

PAISES	Ingresos			Egresos Totales			Prestaciones en Dinero y en Especie		
	1949	1950	1951	1949	1950	1951	1949	1950	1951
<i>EUROPA:</i>									
Alemania	19,3	21,3	20,0	18,3	20,2	18,4	17,4	19,2	17,5
Austria	12,7	14,4	15,8	12,0	13,6	14,7	11,4	12,8	13,8
Francia	14,7	15,9	16,5	14,5	16,2	16,7	13,7	15,4	15,9
Gran Bretaña	12,3	11,6	11,0	10,8	10,1	9,9	10,1	9,4	9,2
Italia	11,3	11,3	11,3	10,7	10,6	10,3	9,9	9,8	9,6
Suecia	9,6	9,7	9,0	9,3	9,5	8,8	9,1	9,2	8,5
Suiza	10,4	10,0	10,0	6,3	6,5	6,6	5,9	6,0	6,1
Yugoeslavia ¹	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>ASIA:</i>									
Japón	—	4,2	4,2	—	3,7	3,6	—	3,4	3,2
Turquía	3,2	5,2	3,4	2,1	1,8	1,7	2,1	1,8	1,7
<i>AMERICA LATINA:</i>									
Brasil ¹	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Perú	2,1	2,4	2,6	1,8	2,0	2,2	1,5	1,7	1,9

1.—Yugoeslavia y Brasil no están incluidos en la encuesta de la O.I.T.

CUADRO NUM. 7

PRESTACIONES DEL SEGURO DE ENFERMEDAD EN PORCENTAJE DE GRUPOS DE SALARIOS

(Son enumerados aquí los salarios sujetos a cotización, según los convenios y normas
en vigor en los diversos países)

PAISES	Años	Cuidados Médicos	Cuidados Farmacéuticos	Cuidados Hospitalarios	Indemnización de enfermedad	Total
<i>EUROPA:</i> ¹		%	%	%	%	%
Alemania.....	1952	1,24	0,82	0,96	1,31	4,33
Francia.....	1947	0,99	0,73	1,05	1,82	4,59
	1952	1,23	1,54	2,63	1,63	7,03
Gran Bretaña ² ...	1949	—	—	—	0,84	—
	1952	—	—	—	0,82	—
Italia ³	1952	1,60	1,23	1,25	0,93	5,01
<i>ASIA:</i> ¹						
Turquía.....	1951	—	—	—	1,28	—
	1952	—	—	—	1,67	—
<i>AMERICA LATINA</i> ¹						
Perú.....	1951	0,09	0,96	0,21	1,87	3,13
	1952	0,08	1,00	0,21	1,82	3,11

1.—No se dispone de datos: para Austria en donde se puede calcular, según una evaluación aproximada, que la carga de las prestaciones corresponde a 5.6% del grupo de salarios; para Suecia, en donde el seguro obligatorio, entró en vigor el 1o. de enero de 1955; para Suiza, Yugoslavia, Japón y Brasil.

2.—No se dispone de los datos que se refieren a las prestaciones sanitarias porque son concedidos por el servicio nacional de salud.

3.—Los datos se refieren únicamente a los cuidados de enfermedad proporcionados por el Instituto Nacional del Seguro contra enfermedad, dado que los otros institutos gestores no subdividen los diferentes componentes de los que constan las prestaciones sanitarias y que conceden la indemnización de enfermedad únicamente a categorías limitadas.

