

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XVIII

EPOCA III

Núm. 56

PRIMER CONGRESO AMERICANO
DE MEDICINA
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

MARZO-ABRIL

1969

MEXICO, D. F.

CIÓN BIMESTRAL DE LAS SECRETARÍAS
ES DE LA C.I.S.S. Y DE LA A.I.S.S.
DE DIFUSIÓN DEL CENTRO INTERAMERICANO
E ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL.

Conferencia Interamericana 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.

	Pág.
LA ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS EN LA SEGURIDAD SOCIAL <i>Dr. Jérôme Dejardin</i>	85
Principios Generales	85
Situación Económica	85
Situación del Equipo Sanitario y del Personal	86
Formas de Organización de la Atención Médica	89
Libre selección del médico	95
La calidad de la atención médica	98
La participación de los beneficiarios en los gastos de la atención médica	104
Prioridades en la selección de las prestaciones médicas	106
Las responsabilidades en el financiamiento y costo de la atención médica	110
LAS PRESTACIONES MEDICAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL MUNDO <i>Sr. Franco Illuminati</i>	123
Preámbulo	123
ASIA	125
JAPON	126
TURQUIA	128
BIRMANIA	131
INDIA	133
Situación resumida en los cinco países arriba citados	137
AFRICA	140
GABON	141
GUINEA	146
LIBIA	148
TUNEZ	153
Regímenes legales o estatutarios	154
Régimen de Previsión Social del personal del Estado y de las entidades públicas	154
Régimen de la seguridad social en el sector privado no agrícola	156
Régimen de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales	159
Régimen de las sociedades nacionales	160
Regímenes basados en contratos colectivos y convenios privados	162
Retribución de los médicos y pago de las farmacias y hospitales	163

	Pág.
EUROPA	165
BELGICA	166
REPUBLICA FEDERAL DE ALEMANIA	168
ITALIA	170
YUGOSLAVIA	172
SUECIA	174
AMERICA LATINA	176
PERU	177
BRASIL	182
COSTA RICA	184
Posición del personal sanitario en América Latina	186
INFORME FINAL	189
Consideraciones Finales	190
LA MEDICINA DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y LOS PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD <i>Dr. Alfredo Leonardo Bravo</i>	195
1. Doctrina y política de la Organización Panamericana de la Salud	196
Derecho a la salud	198
Cobertura universal	200
Seguro de salud y seguro de enfermedad	202
Los planes nacionales de salud	202
2. Coordinación de servicios de atención médica	203
Coordinación en la definición de una política	204
La función directiva del Ministerio de Salud	205
Coordinación en la administración de servicios	206
Coordinación e integración en el otorgamiento de las prestaciones	207
3. El sistema nacional de salud	208
Uniformidad de las estadísticas de salud	209
Mejoramiento de la calidad de las prestaciones	210
Mejoramiento de la administración	210
Condiciones de trabajo satisfactorias	210
Financiamiento multilateral	210
INFORME FINAL	213

SECCION MEDICO SOCIAL

PONENCIAS

LA SEGURIDAD SOCIAL Y LAS PRESTACIONES MEDICAS:
AFRICA, AMERICA, ASIA Y EUROPA.

PONENTE: ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA
SEGURIDAD SOCIAL.
DR. JÉRÔME DEJARDIN.
SR. FRANCO ILLUMINATI.

PRESIDENTE: LIC. ANTONIO ORTIZ MENA.
SECRETARIO DE HACIENDA Y CRÉDITO
PÚBLICO. (MÉXICO).

SECRETARIO TÉCNICO: DR. CÉSAR LECHUGA ROJAS.
JEFE DE LOS SERVICIOS MÉDICOS FORÁNEOS
DEL IMSS.

LAS PRESTACIONES MEDICAS
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
EN EL MUNDO



Sr. Franco Illuminati

P R E A M B U L O

La Asociación Internacional de la Seguridad Social, con ocasión del Primer Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, ha intentado presentar un panorama mundial del seguro de enfermedad, por medio de una valoración ya sea bajo el aspecto de los sistemas de organización, de su desarrollo en armonía con la extensión del campo de aplicación, de los medios financieros y de las estructuras técnica, administrativa y sanitaria.

En este panorama se toman en consideración en primer lugar, y a grandes rasgos, al continente asiático, al africano, al europeo y América Latina, examinando los sistemas de seguro de enfermedad en algunos países.

Al emprender esa clase de examen, como sucede en todos los estudios que se refieren a los problemas actuales de la vida social, prevalece cierta tendencia a verificar fenómenos y problemas en los que hay que buscar puntos comunes o similares y deducir posibilidades de soluciones armónicas o encontrar pequeñas coordinaciones de desarrollo.

Sin embargo, si tal es la tendencia, no puede desconocerse por otra parte que la conciencia de la experiencia hace su ubicación diversa por la civilización, la economía y las tradiciones, las cuales llevan inevitablemente, como todo lo que se realiza en el ambiente de la política social, a meditar y a recoger todo aquello que parece más conveniente para mejorar el propio sistema y, por ende, realizar incuestionablemente un trabajo de armonización con los países más lejanos.

En este panorama presentado por la Asociación Internacional de la Seguridad Social, se observa que los sistemas de seguros de enfermedad, en su intento de garantizar la curación médica a nivel de laboratorio, siempre llevan de manera más amplia a sistemas ya organizados en países más avanzados. Aunque adaptados a las exigencias económico-sociales de los nuevos países, coordinados en medida más o menos feliz, con ordenamiento y estructura existentes y ya dedicados a la realización de la curación médica, siempre demostraron un origen común.

Además, se observa que en Asia, Africa y America Latina, los sujetos cuyos sistemas son mixtos corresponden a la clase de trabajadores asalariados y, en su mayoría, al sector industrial, perteneciendo con frecuencia a la categoría de los empleados públicos.

Este fenómeno encuentra su explicación en el hecho de que en muchos países, se trata ante todo, de consolidar la estructura administrativa del Estado, como preludio al desarrollo económico y social del país.

De cualquier modo, el examen realizado en los países que comprende este documento, aunque la estructura de la seguridad social, de hecho nos revela su propia eficiencia, pone en evidencia como aún se está en la fase de desarrollo.

Por otra parte, considerando a los países europeos, nos hace pensar en otros aspectos: en ellos el seguro de enfermedad cubre la totalidad de los trabajadores dependientes y autónomos, pero los sistemas de organización y erogación de los tratamientos médicos varían mucho de un país a otro, lo cual plantea el interrogativo sobre el cómo y el por qué, tras una experiencia casi secular, aún no se ha logrado la selección del sistema que pudiera considerarse como el más eficaz.

x

x x

A S I A

Los sistemas adoptados en Asia para las prestaciones de enfermedad son de tres tipos distintos:

- a) Sistemas basados sobre la responsabilidad personal del patrón. Estos están bastante lejos de satisfacer las exigencias reales del enfermo, teniendo por primer objetivo la integridad de la fuerza del trabajador, presupuesto esencial para un desarrollo económico más seguro.
- b) Sistemas de seguro facultativo. Estos se diferencian entre sí, bajo numerosos aspectos por las diversas condiciones económicas y sociales del país que los han adoptado. Tales sistemas, en todo caso, que implican donde quiera la responsabilidad del Estado, pueden considerarse como la fase inicial de un seguro obligatorio.
- c) Sistemas de seguro obligatorio. Aun cuando se encuentran en numerosos países asiáticos, éstos protegen tan sólo del 1 al 5% de los residentes, teniendo en consideración las modestas condiciones económicas de la mayor parte de dichos países en los que 80% de la población vive en zonas rurales y trabaja con medios propios.

La asistencia sanitaria comprende el tratamiento médico — general y especializado — la hospitalización, las prestaciones farmacéuticas, los cuidados preventivos contra enfermedades infecciosas.

La indemnización de enfermedad corresponde a un tiempo que varía de un mínimo de 56 días a un plazo máximo ilimitado. Su monto, en relación con la clase de salario y la duración del seguro, equivale en general al 50% del salario medio. Para tener derecho a esta, se necesita haber pagado las cuotas durante un período comprendido entre 84 a 365 días. En algunos países (China y Viet-Nam) no se requiere ninguna condición de antigüedad en el seguro.

- d) Sistemas que extienden la asistencia de enfermedad al total de la población residente, éstos se diversifican sin embargo, por la modalidad de las erogaciones de las prestaciones, la cantidad y sus medios financieros.

Mencionado lo anterior, se expresan en seguida los sistemas de seguro de enfermedad en vigor en alguno países escogidos entre los más representativos.

J A P Ó N

Cuadro 1

Población (1960)	Régimen	Población protegida	Prestaciones erogadas	Financiamiento	Organismos
93.418.000	Obligatorio	Integra	-Tratamiento médico. -Indemnizaciones de enfermedad y de maternidad de los Institutos de seguros.	-Asegurado -Patrón. -Estado.	-Secretaría de Asistencia Pública (Salubridad). -Instituto del Seguro Social.

La casi totalidad de las personas residentes en Japón — excepción hecha de los habitantes de alguna isla lejana y de los beneficiarios de la Asistencia Pública — está obligada a adscribirse a un régimen de seguro de enfermedad.

El seguro de enfermedad gestionado por los Institutos encargados de ello (No. 1067 Institutos a lo. de septiembre de 1960), está regulado por la ley No. 70 de 1922 y las sucesivas enmiendas, la cual explica la propia actividad de tutela en los casos de los trabajadores de la industria, de la minería, del comercio y del transporte, siempre que la empresa de la que éstos dependen ocupe no menos de 5 unidades laborales (12.460.000 en 1960).

Los institutos de seguro de enfermedad contribuyen a la asistencia sanitaria por un período máximo de tres años. Esa comprende los tratamientos médico, quirúrgico, odontológico y obstétrico, la hospitalización y las prestaciones farmacéuticas.

El asegurado contribuye al gasto de asistencia con 100 yens para la primera visita médica y con 30 yens por día para los 30 primeros días de hospitalización.

La indemnidad de enfermedad — igual, en principio, a 60% del salario es pagada durante seis meses tras una falta de tres días (18 meses en caso de tuberculosis).

La indemnidad de maternidad asciende a 60% del salario y corresponde al cumplimiento de 12 semanas de prima antes y después del parto. Se paga también una asignación de maternidad — igual a la mitad de la retribución mensual — y una contribución en el gasto obstétrico de 2.000 yens.

Los familiares a cargo de los asegurados tienen derecho a la asistencia de enfermedad cuyo costo queda a su cargo por valor del 50%, la prestación económica y lo que les corresponda en casos excepcionales.

La gente del mar es objeto de un régimen especial determinado por el decreto de la ley No. 73 de 1939 y sus modificaciones sucesivas (210,000 asegurados); trátase del único proveído legislativo que prevee la gama entera de providencias concernientes al seguro social (enfermedad y maternidad, invalidez, vejez, sobrevivientes, accidentes de trabajo y desocupación). La indemnidad de enfermedad es de medida casi idéntica a aquella que corresponde en los institutos de seguro de enfermedad.

La Asociación de Socorro Mutuo para los Empleados del Estado, trata en el sentido de la ley No. 69 de 1948, el seguro de enfermedad en los casos iguales de todos los dependientes de la administración pública y de las entidades locales (3,310.000 asegurados). La norma no se aleja de aquella que está en vigor en los institutos de seguro, con excepción de la prestación económica que asciende a 80% del salario en lugar de 60%.

Los jornaleros (1.150.000 asegurados) dependen de una forma particular de seguro regida por el Decreto No. 107 de 1953. Este régimen es mucho más restrictivo que los precedentes ya que limita la erogación de los tratamientos médicos a un solo año y limita el alcance del tratamiento mismo. La indemnidad de enfermedad, proporcionada a los tipos de salarios, llega a ser correspondida sólo cuando contribuyen condiciones precisas.

Todos los demás ciudadanos residentes en Japón y que no disfrutan de la asistencia sanitaria en virtud de uno de los regímenes mencionados, son inscritos obligatoriamente al Seguro Nacional de Enfermedad instituido por Decreto, ley de 1938, sucesivamente modificada y reformada esencialmente en 1958.

Este seguro eroga solamente la asistencia médica, el alcance y la calidad de la cual varían de distrito a distrito. En general, esa no se aleja de la que prestan los Institutos de seguro de enfermedad.

El 30% del costo de cada prestación queda a cargo del asegurado.

En general, los sistemas de seguro de enfermedad en Japón son financiados por el patrón y por el trabajador, en ocasiones por el seguro nacional de enfermedad, al financiamiento del cual contribuyen el Gobierno y los asegurados particulares con contribución común, esta medida es fijada con base en el sector laboral al cual ellos pertenecen.

En realidad, el Gobierno contribuye de manera más o menos amplia en el financiamiento de todos los sistemas de seguros que operan en Japón (con excepción de la Asociación de Ayuda Mutua para los Empleados del Estado) y esto debido al hecho de que las cuotas provenientes de las clases de salarios medios e inferiores, no son suficientes para cubrir los gastos siempre en aumento de los tratamientos médicos.

El seguro de enfermedad es manejado sea por la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública, sea por los Institutos de Seguros, de los que se ha hablado antes, la organización de los cuales implica el empleo de 300 y más dependientes.

Los regímenes de los hombres del mar y de los jornaleros son administrados directamente por la Secretaría antes señalada.

El Seguro Nacional de Enfermedad, en fin, se maneja con fondos comunales, por asociaciones de enfermedad, constituidas sobre todo en los grandes centros urbanos entre personas que ejercen el mismo oficio (peluqueros — fonderos — enfermeros — bañeros) o la misma profesión (doctores — abogados — ingenieros — escritores), debidamente autorizadas por el Gobernador competente en cada territorio.

El régimen especial de los dependientes de la administración pública y de las entidades locales es administrado por Asociaciones de ayuda mutua cuyo programa está coordinado por las Federaciones de dichas mutualidades las cuales, en 1960, ascendían a 80.

TURQUIA

Cuadro 2

Población (1960)	Régimen	Población protegida	Prestaciones erogadas	Financiamiento	Organismos
27.829.831	Obligatorio	Trabajadores dependientes	-Tratamientos médicos. -Indemnidad de enfermedad.	-Asegurado -Patrón.	Instituto del Seguro Social.

El primer régimen de seguro de enfermedad fue instaurado en 1950 y entró en vigor el 1o. de marzo de 1951. Este se aplicaba a los dependientes de empresas operando por lo menos con 10 unidades laborales. Sucesivamente, desde abril de 1952, en los centros urbanos mayores de

50.000 habitantes, los trabajadores dependientes de empresas con 4 o más unidades laborales tenían que ser inscritos obligatoriamente al seguro de enfermedad cuyo campo de aplicación fue extendido a los jornaleros en junio de 1952 y a los hombres de mar el 1o. de enero de 1955. Los trabajadores agrícolas, la tripulación de la aviación civil y los titulares de pensiones expresamente especificados por leyes especiales eran sin embargo excluidos aún de la asistencia médica. El personal civil del Estado y los funcionarios del gobierno fueron protegidos en un régimen separado, no contributivo, introducido en 1926; régimen que prevé con respecto a los que estaban inscritos únicamente al pago del tratamiento médico.

El régimen de seguro de enfermedad origina prestaciones en especie y en dinero por un período de tiempo limitado.

Las prestaciones en especie, a las que tienen derecho otras personas que los asegurados, sus esposas y sus hijos a cargo, comprenden:

- El tratamiento médico (general, quirúrgico, odontológico, ortopédico);
- La hospitalización con transporte en ambulancia;
- La entrega de medicinas, dirección ortopédica, aparatos de prótesis, acústicos, ópticos.

Los pensionados tienen derecho tan sólo a las visitas médicas, a los exámenes clínicos, a los análisis de externos por exigencia del diagnóstico y de la terapéutica, y disfrutan de las prestaciones farmacéuticas para el tratamiento de las enfermedades que padecen. No se benefician de la asistencia hospitalaria.

El derecho al tratamiento médico no está sujeto por parte del asegurado a algún período de atención. Para que sus familiares puedan beneficiarse es, sin embargo, necesario que hayan pagado las cuotas por lo menos 120 días del año que precede al principio de la enfermedad.

Ninguna participación al costo del tratamiento médico está prevista para el asegurado. Sus familiares y los pensionados deben contribuir en la medida del 20% para las medicinas surtidas con referencia al tratamiento de externos.

El derecho a las prestaciones médicas permanece durante los seis meses que siguen a la cesación del reporte del seguro.

El tratamiento médico no puede prolongarse más de seis meses desde el principio de la enfermedad; cuando el Instituto de seguridad

acepta, por indicación del médico encargado, que la incapacidad de trabajo podría ser eliminada totalmente o reducida con la prolongación del tratamiento, la duración de éste podría ser llevada hasta 18 meses.

El sistema de pago del tratamiento médico es directo. La asistencia es generalmente dada en los consultorios del Instituto de Seguridad Social directamente controlados. En algunas localidades los médicos están bajo contrato para proporcionar la asistencia a los asegurados contra enfermedad.

La indemnidad de enfermedad se cubre en caso de incapacidad temporal después de un período de cuotas de 120 días del año que precede al principio de la enfermedad y es prestada durante 18 meses a lo sumo.

El monto de la indemnidad de enfermedad equivale al 50% del salario medio diario percibido en el curso de los tres últimos meses. Si el asegurado tiene personas a cargo (esposa, hijos, progenitores) su monto es llevado a los 2/3 del salario susodicho. En el caso de hospitalización, el asegurado percibe una tercera parte del salario o la mitad del mismo si tiene personas a su cargo, como anteriormente está especificado; pierde el derecho a la prestación económica si no cumple escrupulosamente con las prescripciones del médico de cabecera.

La última ley sobre Seguridad Social, votada en julio de 1964 y puesta en vigor el 1o. de marzo de 1965, prevee un período de ausencia de dos días (ausencia absoluta), de tal modo que la indemnidad de enfermedad para ese período no será liquidada cualquiera que sea la duración de la incapacidad de trabajo. Hay que notar que, con base en la norma anterior, la misma indemnidad correrá desde el primer día de incapacidad a condición que ésta se haya prolongado más de una semana.

La indemnidad de maternidad, igual a 66 2/3% del salario, es cubierta durante seis semanas después del parto. Para asistencia de obstetricia es asignada una suma determinada por el reglamento.

Para el financiamiento del seguro contra la enfermedad — con el cual se cubre además el seguro de invalidez, ancianidad y sobrevivientes — concurren las cuotas de los patrones y de los trabajadores, las cuales repartidas en partes iguales representan en su totalidad 8% del salario. En las zonas en las que los familiares a cargo del inscrito no son cubiertos por el seguro, la cuota equivale a 4% del salario, de la cual 2% es a cargo del patrón y 2% restante a cargo de los trabajadores.

En Turquía, el régimen de seguridad social por ley es afiliado a una entidad autónoma denominada "Instituto de Seguridad Social" el

cual es sometido, además, al control de la Secretaría del Trabajo. Este se ocupa directamente de hospitalizados y externos; pero en las zonas en las que el número modesto de asegurados no requiere la instalación de establecimientos sanitarios, la asistencia es prestada por médicos generales y especialistas que el Instituto emplea por contratos temporales.

BIRMANIA

Cuadro 3

Población (1960)	Régimen	Población protegida	Prestaciones erogadas	Financiamiento	Organismos
21.256.830	Obligatorio	Dependientes de Empresas con 10 o más Trabajadores.	-Tratamientos médicos. -Indemnidad de enfermedad.	-Asegurados. -Patrones -Estado.	-Secretaría del Trabajo. -Instituto del Seguro Social.

Con base en la ley sobre la Seguridad Social No. LXVII de 1954, puesta en vigor el 1o. de enero de 1956, son asegurados obligatoriamente contra la enfermedad:

- Las personas permanente o temporalmente empleadas por contrato de trabajo o de aprendizaje (Manual o no, retribuido o no) en las empresas industriales, extractivas, manufactureras (con exclusión de las empresas edilicias) con 10 o más trabajadores a su servicio.
- Los ferrocarrileros, los pertenecientes a la construcción de carreteras y el personal de las empresas industriales y de transportes dependientes del Estado, de entidades locales de vigilancia o de oficinas de la seguridad social.

A este propósito, hay que notar que la protección del seguro no se efectúa en todo el país, la ley antes citada habiendo sido aplicada al principio sólo en la ciudad de Rangoon y en sus suburbios. Desde el 1o. de enero de 1958 se ha hecho extensiva a Mandalay y desde el 1o. de abril de 1960, a la zona municipal de Moulmein; en Pegu y en Bassein desde el 1o. de mayo de 1960.

En 1963, el régimen de seguridad contra enfermedad incrementaba la asistencia médica en más de 170.000 dependientes de casi 1.700 empresas.

Otros trabajadores son protegidos por la ley de 1957, la cual se refiere a los despedidos y a las festividades y que está en vigor en el país entero.

La prevención se ocupa de hecho, también de la vigilancia del desarrollo de la enfermedad, se basa sobre el principio de la responsabilidad del patrón hacia su personal independientemente del número de unidades laborales ocupadas en el negocio. Se necesita, sin embargo, tener presente el hecho que, solamente los que ganan menos de 400 rupias al mes tienen derecho de disfrutar del permiso por enfermedad. Se exceptúan de esta forma de protección a los trabajadores domésticos y a los empleados del Estado y de las entidades públicas.

Las prestaciones sanitarias son directamente proporcionadas al asegurado por medio de los consultorios del Instituto de Seguridad Social, los instrumentos sanitarios y los hospitales públicos. Incluyen los tratamientos a consultantes — y, excepcionalmente, a domicilio —, las curaciones de especialidad, los aciertos de diagnósticos y los análisis de laboratorio, la recuperación hospitalaria y la asistencia obstétrica y farmacéutica.

El derecho a las prestaciones sanitarias empieza con el establecimiento del reporte del trabajador y se mantiene en permanencia de servicio. Por cada enfermedad la asistencia sanitaria no puede, sin embargo, prolongarse más de 26 semanas prorrogables en casos especiales.

Los familiares a cargo del asegurado no tienen derecho a la asistencia médica. Los desocupados involuntarios, si son debidamente acreditados, no son asistidos por más de 26 semanas.

La indemnidad de enfermedad, comparada a seis clases de salarios, equivale a cerca del 50% de la retribución media referente a las 17 semanas que preceden a la incapacidad laboral. Esta se cubre durante la duración máxima de 26 semanas por cada enfermedad.

Para tener derecho se requiere un período de contribución de 17 semanas durante las 26 semanas que preceden a la enfermedad. Se prevee la ausencia de tres días durante la cual el patrón es obligado a proporcionar media retribución al asegurado. Tal carencia no existe para quien está asegurado con base en la ley sobre despedidas y festividades, teniendo, por lo tanto, derecho a la retribución normal durante la licencia por enfermedad.

La indemnidad de maternidad es igual al 66 2/3% de la retribución considerada en relación con seis clases de salarios y es pagada durante seis semanas antes y seis semanas después del parto.

El financiamiento se establece con la contribución de los asegurados — 0,15-0,60 kyats a la semana según 6 clases de salario, equivalente a cerca del 1% de retribución —; por el patrón -0,30-0,60 kyats a la semana por dependiente, según seis clases del salario, igual a cerca del 2% de la nómina de pago; el Estado participa con una contribución anual de cerca del 1% del máximo de ganancia fijado con propósitos contributivos y de seguro, que es de 48 kyats a la semana.

El régimen es llevado al cabo por el Instituto de Seguridad Social que se encuentra bajo la vigilancia de la Secretaría del Trabajo y se ejerce directamente por un funcionario del ejecutivo central.

INDIA

Cuadro 4.

Población (1960)	Régimen	Población protegida	Prestaciones erogadas	Financiamiento	Organismos
440.000.000	Obligatorio	-Dependientes de Fábrica con 20 o más trabajadores y que utilizan energía eléctrica. -Empleados del Estado.	-Tratamientos médicos. -Indemnidad de enfermedad o de maternidad.	-Asegurados. -Patrones. -Estado.	-Patrones. -Estado. -Instituto de Seguridad nacional de los asalariados (E.S.I.C.).

La única ley relativa a tratamiento médico es la votada en 1948, que trata del seguro nacional obligatorio para los dependientes asalariados. Encuentra su aplicación con respecto a los trabajadores ocupados en fábricas con actividad no estacional y que utilizan energía eléctrica (excluidas, sea como fuere, la minería y las empresas ferroviarias) y cuyos dependientes lleguen por lo menos al número de 20 unidades laborales con retribución mensual inferior a 500 rupias.

El número de los inscritos en tal régimen es de cerca de 3.500.000 trabajadores y 17.000 empleados que tienen derecho a disfrutar de los tratamiento médicos completos.

A los familiares a cargo (cerca de 9.100.000 personas) esperan en cambio las solas prestaciones médicas con exclusión de la hospitali-

zación. El número total de los beneficiarios del tratamiento médico por parte del régimen general, era de 12.617,000 unidades en el mes de noviembre de 1966.

En India, no existe ninguna forma de seguro voluntario para tratamientos médicos al menos que el derecho a la asistencia sanitaria no se origine en virtud de una póliza de seguros por infortunios.

Como norma de reglamento, los trabajadores agrícolas y sus familiares (los organizados llegan a cerca de dos millones de personas en total), si necesitan tratamiento médico, son atendidos gratuitamente a expensas de los empresarios.

Los funcionarios del Gobierno central y de los 17 estados miembros de la Federación (incluido el personal ferroviario) y sus familiares a cargo tienen derecho a todas las prestaciones sanitarias en forma completamente gratuita (asistencia en consultorio, de especialidades, surtido de medicina y hospitalización). El sistema de erogación es directo en donde las prestaciones pueden ser prestadas cerca de las oficinas sanitarias gubernamentales; en caso contrario, se devuelven al beneficiario los gastos que realizó.

Los trabajadores de las minas de carbón y de mica — y sus familiares a cargo — (en total tres millones de personas) gozan de la asistencia médica íntegra totalmente gratuita, gracias al Fondo Social controlado por el Gobierno.

En las zonas que no están cubiertas por el seguro nacional de los asalariados, se han concertado contratos colectivos entre las grandes empresas y los trabajadores para la protección sanitaria de estos últimos.

La gran mayoría de la población (es decir aquellos que no entran en una de las categorías antes mencionadas) son asistidos, de modo completamente precario, gracias a consultorios sanitarios improvisados y puestos a disposición del Gobierno.

La asistencia sanitaria erogada del régimen general comprende:

- Las curaciones médicas: generales o especialistas;
- La hospitalización (para los inscritos únicamente);
- Las prestaciones de obstetricia;
- Las prestaciones farmacéuticas.

Varía, sin embargo, en cantidad y según la zona y los medios disponibles.

La asistencia sanitaria se proporciona al asegurado desde el primer día de enfermedad y durante el período de 13 semanas prorrogable hasta un año — si las cuotas han sido pagadas durante 12 semanas en el curso de los 6 últimos meses — o hasta dos años para las enfermedades más graves — si se han completado 2 años de cuotas.

La asistencia sanitaria a los familiares a cargo, es dada después de 13 semanas de cuotas.

La indemnidad de enfermedad se paga con la condición del pago previo de 18 cuotas semanales en el curso de las últimas 26 semanas y después de dos días de ausencia por la duración de 56 días cada 365 días. En caso de enfermedad grave y de no encontrarse rápida solución, las prestaciones económicas son mantenidas durante otras 44 semanas siempre que el inscrito sea asegurado desde, por lo menos, dos años.

La tarifa de la indemnidad diaria de enfermedad es igual, más o menos, a los 7/12 de la retribución, es decir, el equivalente a 50% de la retribución devengada durante siete días.

La indemnidad de maternidad, igual a 100% de la retribución se proporciona en su totalidad durante 12 semanas (pero no más de 6 semanas antes del parto). Las condiciones para tener derecho a ésta son idénticas a las fijadas para la indemnidad de enfermedad; además, se requiere una cuota semanal entre la 35a. y la 40a. semana antes del parto. *

Al financiamiento concurren:

- Los asegurados con una cuota del 2,25% del salario, según ocho clases de salarios, la última de las cuales es exonerada de la obligación de pagar;
- Los patrones con una cuota de más o menos 2,50% de la nómina de pago, (0,75% en las regiones en las que aún no se ha establecido el régimen);
- El Gobierno, que toma a su cargo 1/4 del costo de la asistencia médica para los asegurados y 1/8 del costo de la misma para sus familiares. Tal financiamiento permite hacer frente también a los gastos de seguro contra los accidentes de trabajo.

La Secretaría del Trabajo ejerce vigilancia sobre todas las actividades mencionadas.

El Instituto Nacional de Seguro de los dependientes asalariados (employees' State Insurance Corporation) es una entidad autónoma

creada por la ley que rige el régimen obligatorio. El Presidente de ésta es el Secretario del Trabajo; las funciones de Vicepresidente son ejercidas por el Secretario de Salubridad. En el seno de sus órganos directivos hay representantes del Gobierno Central y del Gobierno de los Estados Federales, de los patrones y de los trabajadores, del cuerpo médico y del poder legislativo.

El presupuesto del E.S.I.C. está sujeto a la aprobación del Gobierno Central; su contabilidad es revisada periódicamente por un inspector general.

Lugares sanitarios y disponibilidad de personal médico.

Problema central en el campo de los tratamientos médicos es el referente a la penuria de recintos sanitarios y la disponibilidad, realmente escasa, de personal médico.

El problema reviste particular gravedad en los países subdesarrollados o en vía de desarrollo ante la necesidad de crear condiciones de vida adecuadas a la protección de la salud pública (medicina preventiva) y de asistir a quien padece una enfermedad mediante la intervención directa del médico, la hospitalización y la terapéutica apropiada (medicina curativa).

La escasez de médicos se hace sentir por doquier en los países asiáticos, en algunos de los cuales la situación, bajo este aspecto, es verdaderamente dramática (en Cambodia, hay un médico por cada 95.200 personas).

También, la distribución irracional de los médicos entre ciudades y pueblos merece ser subrayada. Su acumulación en las ciudades se realiza no solamente en los países más desarrollados en los que el número de médicos puede considerarse adecuado para las exigencias locales, más también en los países en los que la relación médico-población llega a cantidades mínimas.

En los países antes estudiados, la situación resumida se expone en el cuadro 5.

En *Japón*, cuando los asegurados padecen una enfermedad, escogen libremente el médico o el especialista aceptados por los Institutos de Seguros contra Enfermedad por los cuales son retribuidos al presentar un estado de las intervenciones efectuadas. La retribución se calcula multiplicando el estado médico por el número de puntos que corres-

Cuadro 5

JAPON		TURQUIA		BIRMANIA		INDIA	
Camas p/c 1.000 personas	No. de personas por médico.	Camas p/c 1.000 personas	No. de personas por médico.	Camas p/c 1.000 personas	No. de personas por médico.	Camas p/c 1.000 personas	No. de personas por médico.
7.35	916	1.30	3,450	0.58	18,000	0.24	5,040

ponden a éste, en la tarifa de honorarios profesionales (en septiembre de 1961 el punto valía 10 yens). Las medicinas son surtidas ante la presentación de la receta expedida por el médico encargado en las farmacias designadas por el Prefecto. En cuanto a las prestaciones hospitalarias, la administración del hospital presenta al Instituto de Seguros, el estado de cuenta que una vez controlado, se paga multiplicándose por 10 yens el número total de puntos atribuidos a cada intervención.

En *Turquía*, según el sistema directo de erogación del tratamiento médico, las prestaciones son proporcionadas en los consultorios de propiedad del Instituto del Seguro Social y en los dirigidos por él; en algunas localidades, por médicos que el Instituto mismo emplea bajo contrato de tiempo parcial.

Para las curaciones que necesita el asegurado, debe siempre dirigirse a un médico escogido libremente entre los profesionistas designados por el Instituto del Seguro Social. El Médico escogido libremente, si lo juzga necesario, manda al paciente con el especialista o al hospital para su tratamiento adecuado. Los especialistas ejerciendo en pequeños lugares de tratamiento, actúan como médicos generales y desarrollan las funciones de estos últimos en cuanto concierne al restablecimiento del paciente en el hospital.

Los hospitalizados en el sanatorio nunca pueden ser aceptados sin un reporte sanitario de la Comisión especialista hospitalaria.

Los médicos generales y los especialistas que prestan sus servicios en los centros sanitarios de propiedad del Instituto del Seguro Social están obligados a dar un reporte de trabajo de tiempo completo y perciben un estipendio mensual.

Entre el cuerpo médico que colabora en el campo del régimen figuran también médicos generales y especialistas, empleados en tiempo

parcial, percibiendo ellos también un estipendio mensual. No representa para ellos impedimento de la actividad privada.

Los asegurados que se benefician con los tratamiento médicos tienen también derecho a las medicinas cuyo costo es a cargo del régimen. Su entrega se efectúa en un sistema mixto. En todos los hospitales o centros diversos pertenecientes al Instituto del Seguro Social y manejados directamente por éste, está en funcionamiento una farmacia que distribuye las medicinas prescritas a los pacientes hospitalizados y a aquellos que van a consulta al hospital. Las medicinas prescritas por el médico encargado — general o especialista — son a veces proporcionadas por la farmacia privada y pagadas por el Instituto que proporciona la asistencia, al final de cada mes o al presentar la receta y la factura correspondiente.

Sólo pueden ser prescritas las medicinas catalogadas en una lista recopilada por el Instituto del Seguro Social al principio de cada año. Pero si una medicina no figura en el catálogo se juzga necesaria para el tratamiento del enfermo, puede ser prescrita y expedida por la farmacia con la autorización del primer médico del hospital o del centro. Los beneficiarios no participan en el costo de las medicinas.

Los enfermos no pueden dirigirse directamente al hospital para ser encamados sino en caso de urgencia comprobada. El procedimiento normal que a ese respecto se ha mencionado, requiere siempre la intervención del médico general de confianza al que debe recurrir el asegurado cada vez que necesite una intervención sanitaria. La asistencia hospitalaria es de las prestaciones máximas que se dan en los hospitales pertenecientes al Instituto del Seguro Social y dirigidos directamente por él. En algunas localidades donde faltan tales medios, las prestaciones hospitalarias son proporcionadas en hospitales o en sanatorios privados y los costos relativos se establecen de acuerdo con el régimen a base de una tarifa acordada.

En *Birmania*, los tratamientos médicos son proporcionados por profesionistas vinculados al Instituto del Seguro Social con aportación normal de trabajo. Ellos prestan servicio en los hospitales directamente dirigidos o en los propios consultorios privados, según la situación social. La actividad privada es aceptada fuera de horario de trabajo y al exterior de los hospitales.

La retribución se paga mensualmente por medio de un estipendio fijo.

En la *India*, los tratamientos médicos generales son proporcionados en los centros del Instituto Nacional de Seguridad de los dependientes

asalariados, dotados de personal sanitario a tiempo completo, o en los consultorios privados de los médicos inscritos en la lista mutualista. En caso necesario, la visita médica se efectúa al domicilio del asegurado.

Los tratamientos especializados son proporcionados, en las zonas de suficiente concentración de asegurados, por personal médico a tiempo parcial.

Los médicos — generales y especialistas — utilizados en los centros dirigidos directamente son retribuidos con pago fijo. Los médicos inscritos en las nóminas mutualistas o que ejercen en su propio consultorio privado son pagados a cuota por cabeza.

En las zonas donde los tratamientos médicos son proporcionados en los centros dotados de personal médico empleado a tiempo completo, las medicinas son surtidas por el mismo centro sanitario. En caso de que las medicinas, en vez de ser consignadas directamente al enfermo, lo sean por el médico inscrito en la lista mutualista retribuido a cuota por cabeza, la retribución percibida es incrementada por una cuota destinada a cubrir los gastos de las medicinas que los médicos tomaron de las farmacias privadas.

El precio de las medicinas costosas y de las especialidades es pagado separadamente. En la localidad donde los tratamientos médicos son proporcionados en las enfermerías dirigidas por los patrones, el pago a cuota por cabeza es añadido al precio de las medicinas con excepción de alguna medicina incluida en catálogo especial.

Bajo el régimen del E.S.I.C. los centros funcionan exclusivamente con médicos a tiempo completo a quienes está prohibido tener clientela privada. Por tales limitaciones de la actividad profesional, corresponde a los médicos una indemnización especial “de tiempo completo” que varía en gran medida de Estado a Estado.

También los gastos de retribuciones básicos difieren de modo notable de Estado a Estado, tanto, que en determinado territorio, la compensación de un médico, añadida a la indemnización especial antes dicha, puede ser con mucho inferior a la simple retribución básica que corresponde a un colega en otro Estado en el que se aplican tarifas más elevadas. Con respecto al tratamiento económico correspondiente a los médicos operando en el sistema mencionado, cuando la actividad en favor de los asalariados de la industria y de sus familiares es prestada en zonas particularmente desfavorables, el Instituto de Seguridad Nacional proporciona al médico una indemnización mensual de 100 rupias.

AFRICA

Los países africanos, como todos los países en vía de desarrollo, atraviesan en este momento por un período de transformación profunda en sus estructuras sociales. En su mayor parte, lograda la independencia política, han sido muy numerosos los problemas que se les han presentado y que no han sido aún resueltos, aunque estos pueblos se han puesto a la tarea con los mejores propósitos para reducir la distancia que los separa de otros países más adelantados.

En general, se advierte gran necesidad en todos los campos, pero casi en todas partes, los recursos son limitados de modo que, en la determinación de los programas sociales, los diversos países no pueden prescindir de su propia realidad económica y de sus posibilidades técnicas y administrativas. Consecuencia de tal situación, es el carácter limitado de la mayor parte de los regímenes de Seguridad Social; sea en cuanto concierne a los riesgos cubiertos y a las categorías de personas protegidas. Por otra parte, a la augurada extensión de la previsión, se oponen dos obstáculos, que por lo menos en estos últimos tiempos, parecen insuperables: el incremento demográfico y el subdesarrollo económico.

Sin duda alguna, la rama de la seguridad social que en los países africanos hace mayor falta es el seguro de enfermedad.

Algunos países han recurrido a soluciones artificiosas imponiendo, por ejemplo, a los patronos algunas obligaciones de seguro con respecto a sus dependientes o, aún más, estableciendo sistemas de tratamiento médicos gratuitos pero privados de un reglamento de gastos y del todo insuficientes.

Otros pocos, los más progresistas, han logrado establecer verdaderos y propios regímenes de asistencia sanitaria; regímenes que, sin embargo, recuerdan por su estructura a aquellos que actúan en los países europeos con los cuales se han encontrado en mayor contacto.

Se exponen en seguida los sistemas de seguros de enfermedad establecidos en algunos países africanos escogidos entre lo más representativos.

GABÓN

Cuadro 6

Población (1961)	Régimen	Población protegida	Prestaciones erogadas	Financiamiento	Organismos
420.700	Especial (sin régimen general).	-Trabajadores asalariados. -Funcionarios del Estado. -Personal civil y profesionistas. -Población restante.	-Tratamiento médico. -Indemnidad de enfermedad.	-Patrones. -Trabajadores. -Estado.	-Estado. -Caja Gabonense de Previsión Social.

La legislación sobre la seguridad social en vigor en el Gabón prevé hasta este momento tres regímenes distintos:

- De las prestaciones familiares, instituido en el decreto 22.8.1956, sucesivamente abrogado o sustituido por el decreto 7.1.1963 No. 6PR;
- De los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales, instituido por decreto 24.2.1957 No. 57-245 y sucesivas modificaciones, las últimas de las cuales trajo la ley 19.2.1959 No. 359;
- Del seguro de ancianidad, instituido en la ley 28.12.1963 No. 61-63.

Los tres regímenes se aplican a todos los trabajadores, cualquiera que sea su sexo y su nacionalidad, que perciban una retribución por actividad desarrollada en dependencia o bajo la dirección de otra persona física o moral, pública o privada.

Como se puede comprobar, el seguro de enfermedad, sometido a un régimen general, falta del todo en Gabón, las prestaciones sanitarias son, como fuere, proporcionadas en el ámbito de la asistencia pública de los regímenes especiales y del régimen contra accidentes que ocurren a los trabajadores asalariados, con tres sistemas de asistencia médica:

- a) Asistencia médica proporcionada a expensas de los empresarios, en favor de los dependientes accidentados en su trabajo o que, por razón del trabajo, han sido alejados en zonas distantes de su residencia habitual;

- b) Asistencia médica proporcionada mediante pago de una cuota a favor de los funcionarios públicos y similares;
- c) Asistencia médica gratuita con respecto a la mayor parte de la población (no asalariados y asalariados con retribuciones inferiores a un máximo) proporcionada en los hospitales públicos, al cuidado de la Secretaría de Salubridad.

En el sentido del artículo 137 del Código del Trabajo, toda empresa o fábrica debe sostener un servicio médico o sanitario a favor de sus propios dependientes. Numerosos decretos — aprobados previo parecer del Comité Técnico Consultivo expresando su opinión a la Secretaría del Trabajo y de Asuntos Sociales — precisan la modalidad de ejecución de tales obligaciones con la esperanza de que pueda instituirse un régimen general de seguro de enfermedad.

La asistencia médica a cargo del empresario puede proporcionarse también a los familiares del trabajador. Comprende:

- Prestaciones médicas, quirúrgicas, farmacéuticas;
- Gastos de transporte desde la habitación del trabajador hasta el hospital y viceversa;
- Readaptación funcional y reeducación profesional.

La indemnidad económica de enfermedad, cuando la incapacidad temporal es acordada por un médico fiscal, es liquidada por el patrón por un período de tiempo que varía con base en los contratos colectivos de trabajo según la categoría profesional del trabajador y de su antigüedad al servicio de la empresa.

El monto de la indemnidad de enfermedad es igual a la retribución completa percibida en los primeros treinta días de licencia por enfermedad; por los cinco meses sucesivos es reducido a las dos terceras partes, en el caso en que la duración de la enfermedad supere a los seis meses, la prestación económica puede prorrogarse en la medida de las dos terceras partes de las retribuciones hasta el regreso del trabajador al servicio.

La indemnidad diaria de maternidad que toca a las trabajadoras asalariadas durante las 14 semanas de licencia fijadas por el código de trabajo (6 semanas antes y 8 semanas después del parto); equivale a la mitad del salario percibido al principiar el período de licencia.

Durante tal período, prorrogable de 3 semanas a juicio de un médico fiscal, se proporciona también a la interesada el tratamiento sanitario que pueda necesitar.

Los medios para cubrir los fondos pagados por la administración de los 3 regímenes que obran en Gabón, son aportados por la cuota única de los empresarios para la prestación familiar y para los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, o de los empresarios y de los trabajadores asalariados para el seguro de ancianidad. Al financiamiento de los regímenes también proveen los centésimos adicionales sobre las ganancias industriales y comerciales, sobre el impuesto general, sobre el rédito y sobre los impuestos de ingresos mercantiles, la subvención del Estado, y fondos de reserva en una medida mínima igual a un vigésimo del valor de las prestaciones económicas gastadas en el curso del ejercicio precedente — las multas por pago tardío de las contribuciones y, finalmente, las donaciones y los legados del que se ve dotado el Instituto.

Por lo que respecta a nuestro estudio en particular, queda precisado que el financiamiento de la asistencia sanitaria está asegurado gracias al concurso de los tres regímenes mencionados y, en particular, del régimen de “prestaciones familiares”.

Las cuotas están calculadas sobre el conjunto de las retribuciones, es decir: del salario, de la indemnización, los premios, gratificación y otras compensaciones en dinero o en especie que tocan a los dependientes hasta un límite de 900.000 francos anuales o de 75.000 francos mensuales, a enero de 1962.

- Las cuotas contributivas actualmente en vigor son las siguientes:
- Prestaciones familiares — 5% a cargo del patrón.
 - Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales — 3% a cargo del patrón.
 - Seguro de ancianidad — 4% / 3% a cargo del patrón.
1% a cargo del trabajador.

La gestión y la administración de los tres regímenes de los que se ha hablado están afiliadas a la Caja Gabonense de Previsión Social, sociedad privada de interés público dotada de personalidad jurídica y de autonomía económica. Es administrada por un Consejo constituido por 12 miembros: un representante de la Asamblea Nacional, un representante de la Secretaría de Hacienda, un representante de la Secretaría de Salubridad, un representante de las Asociaciones Familiares o persona independiente designados unos y otros por el Secretario del Trabajo — cuatro representantes de los patrones y cuatro representantes de los trabajadores.

El Consejo de Administración elige a un Comité Ejecutivo que queda en cargo un año y nombra a los miembros de las diversas comisiones previstas por los reglamentos.

En el cuadro de su acción social, la Caja ha creado siete centros de diagnóstico en otras tantas localidades, cada uno de los cuales está dirigido por un médico con quien colaboran otros trabajadores sanitarios y enfermeros. La actividad de los centros es orientada hacia la medicina preventiva. Ellos integran, además, la acción de asistencia desarrollada en el ámbito de la red de hospitales estatales.

El personal de nómina de la administración pública goza de un régimen especial de seguridad social que comprende: las prestaciones familiares, la asistencia por enfermedad y de maternidad, la pensión por invalidez de origen profesional y no está la pensión de ancianidad y de sobrevivientes.

En caso de enfermedad debidamente comprobada y de duración superior a un mes, de oficio, el funcionario recibe licencia por enfermedad y sigue percibiendo su sueldo regular durante tres meses; para los tres meses sucesivos su sueldo queda reducido a la mitad.

En cualquier momento del período de licencia por enfermedad, la administración puede someter al dependiente a un examen sanitario por parte de un médico fiscal y disponer una visita colegiada por parte del Consejo Médico Local.

El funcionario que, en el período de un año, ha gozado de licencia por enfermedad por la duración completa de seis meses y no puede volver a tomar el servicio de su puesto en buenas condiciones, a petición suya y siempre que se juzgue en definitiva incapacidad para el trabajo, es pensionado.

En caso de que su incapacidad se deba a un acto en cumplimiento del servicio por interés público o si ha sido causada por el hecho de haber expuesto su propia vida para salvar la de otro, el funcionario conserva el tratamiento económico sin limitación mientras no esté en posibilidad de volver a tomar su puesto y no hubiera llegado el término al derecho de pensión. También tiene derecho a ser reembolsado de los honorarios médicos y demás gastos producidos por la enfermedad o por el accidente ocurrido. En tal caso, se requiere forzosamente el parecer del Consejo Médico Local o del Consejo Superior de Sanidad.

Una licencia de larga duración, se concede al funcionario que se ha enfermado de tuberculosis, de cáncer, de lepra o de otro padecimiento

endémico de origen tropical. En este caso, conserva íntegro su tratamiento económico durante los tres primeros años y el tratamiento reducido a la mitad durante los dos años sucesivos. Si la enfermedad que da derecho a una licencia de larga duración fue contraída en el servicio, a juicio del Consejo Superior de Sanidad, los períodos antes señalados de tres y de dos años se aumentan a cinco y tres años. Finalmente, el funcionario que, al término de una enfermedad se le juzga que no está apto para volver a su servicio en forma eficaz, puede gozar de una licencia de convalecencia.

En caso de maternidad, el personal femenino de la administración pública tiene derecho a una licencia de 14 semanas con goce de sueldo íntegro. A petición de la interesada, desde este período pueden tener principio las seis semanas anteriores a la fecha presunta del parto o, a más tardar, cuatro semanas antes. Si al término de la licencia no está en posibilidad de reasumir su servicio, la trabajadora puede gozar de un período de licencia de enfermedad o de convalecencia, habiendo presentado un certificado extendido por un médico fiscal.

Algunas categorías de trabajadores privados y de profesionistas son asegurados contra enfermedad en virtud de contratos colectivos o por voluntad del patrón. Sea que los interesados estén en servicio, sea que estén ausentes por licencia o por motivos personales, tienen derecho al tratamiento médico y al internamiento en el hospital — están excluidas las medicinas — para ellos mismos, para la esposa y para los hijos a su cargo, en forma completamente gratuita. Los gastos relativos son reembolsados a petición de parte.

Durante el período de enfermedad debidamente controlado, el beneficiario conserva íntegro su salario durante el período establecido y que, en ningún caso, puede ser inferior a un mes; los estipendios son reducidos a la mitad en un segundo período de igual duración.

De acuerdo con el decreto 15.12.1959 No. 217, los tratamientos médicos son proporcionados a todos aquellos que, no disponiendo de renta suficiente o no teniendo derecho a entradas, no están en posibilidad de sostener los gastos proporcionales a su posibilidad económica para curarse a sí mismos o a sus familiares afectados de enfermedad.

La medida de la asistencia de enfermedad no puede superar en este caso 80% de los gastos expuestos hasta un máximo de 25.000 francos por trimestre y por una sola persona. Cuando la enfermedad requiera la expatriación del paciente para lograr su curación que no puede lograrse en el país, las prestaciones pueden cubrir los gastos íntegros a

condición, sin embargo, que la expatriación haya sido autorizada previamente por el Ministerio de Asuntos Sociales.

La asistencia a la población económicamente débil es suministrada por el Jefe del Gobierno a propuesta de la Comisión interministerial de Ayuda, que decide después de haber examinado la historia clínica instruida por el Jefe del Servicio correspondiente del Ministerio de Asuntos Sociales.

GUINEA

Cuadro 7

Población (1961)	Régimen	Prestaciones otorgadas	Financiamiento	Organismos
2.665.000	Obligatorio	<ul style="list-style-type: none"> -Médicos generales y especialistas. -Reclusión hospitalaria. -Farmacia. -Indemnidad de enfermedad y maternidad. 	-Patrón.	<ul style="list-style-type: none"> -Secretaría de Hacienda. -Casa Nacional del Seguro Social.

Inmediatamente después de la independencia, se ha procedido en Guinea a la reforma del régimen de Seguridad Social que, hasta entonces, no se alejaba de aquellos tradicionales en vigor en la antigua Africa Occidental Francesa (asignación familiar y de maternidad, protección contra los riesgos profesionales).

La "Caja Nacional de Seguridad Social" constituida por la ordenanza del 20.2.1960 No. 008 MT/CNSS vino a substituir a la "Caja para las Asignaciones Familiares", y el 31 de diciembre de 1961 se promulgó la ley 12.12.1960 No. 21 con la que fue instituido el Código de Seguridad Social.

El nuevo régimen comprende las ramas de las asignaciones familiares, de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales, de las prestaciones por enfermedad y por invalidez y la pensión de ancianidad y sobrevivientes.

Todos los asalariados, incluidos los aprendices, ocupados en el territorio nacional están sujetos al régimen de seguridad social; de este se excluye sólo el personal en nómina de la Administración del Estado.

Los patrones están obligados a inscribir a sus propios dependientes en la Caja Nacional arriba señalada que dirige el régimen de seguridad. En caso de enfermedad o de accidente de origen no profesional, los gastos para las prestaciones sanitarias sostenidos por el asegurado para sí, para la esposa o para los hijos a su cargo, son asumidos por la Caja Nacional a condición de que la inscripción tenga al menos tres meses y que, dentro de los tres meses que preceden al principio de la enfermedad, el asegurado mismo haya trabajado 26 días o 120 horas. Tal norma no se aplica en caso de accidente o de enfermedad infecciosa.

Los gastos son asumidos por la Caja Nacional a partir del noveno día de incapacidad de trabajo; en cuanto a los primeros ocho días, los gastos son a cargo del patrón y del trabajador en partes iguales.

Las prestaciones sanitarias a cargo de la Caja comprenden:

- El tratamiento médico-general y especializado;
- La hospitalización;
- Las medicinas.

En caso de maternidad, además de los gastos por prestaciones antes señalados, son reembolsados también aquellos que se hacen por los análisis de laboratorio y por la asistencia al parto.

El patrón está obligado a proporcionar el salario íntegro al dependiente enfermo durante los ocho primeros días de ausencia a su trabajo. A partir del noveno día, la indemnidad de enfermedad, así como la mitad del salario, es liquidada por la Caja durante el término de 13 semanas prorrogables a 26 entre los que se encuentran aquellos trabajadores que se han inscrito al régimen por lo menos un año o que hayan trabajado en ese mismo período 250 días.

En caso de maternidad les corresponde a las trabajadoras una indemnidad igual al 50% del salario durante las seis semanas que preceden al parto y por las ocho semanas que le siguen. El Código de Seguridad Social pone a cargo del patrón la otra mitad del salario.

Al financiamiento del régimen contribuyen únicamente los patrones con la cuota del 3,2% del salario correspondiente hasta un máximo de 50.000 francos al mes. Dicha cuota comprende el 3% para los riesgos de enfermedad-invalidez y 0,2% destinados al seguro de maternidad.

Como ya se ha dicho, el régimen de Seguridad Social establecido en la Guinea es dirigido por la "Caja Nacional de Seguridad Social"

instituto de derecho público puesto bajo el control de la Secretaría de Hacienda y cuyo presupuesto forma parte del presupuesto del Estado.

La Caja Nacional es asistida por una Comisión Consultiva formada de 24 miembros electos por dos años; su director y el subdirector son nombrados por decreto del Presidente de la República. Tiene ella competencia sobre todo el territorio nacional y tiene facultad de constituir Cajas Regionales y de nombrar correspondientes en diversas zonas del país.

LIBIA

Cuadro 8

Población (1961)	Régimen	Población protegida	Prestaciones proporcionadas	Financiamiento	Organismos
1.153.000	Obligatorio	-Asalariados y sus familiares. -Pensionados y sus familiares.	-Tratamiento médico. -Indemnidad por enfermedad o maternidad (sólo a los asegurados).	-Patrones. -Trabajadores.	-Secretaría del Trabajo y Asuntos Sociales. -Instituto Nacional de Seguridad Social (I.N.A.S.)

El régimen actual de seguridad social fue instaurado en Libia por la ley 20.2.1957 No. 53, modificada sucesivamente por la ley del 1o. de mayo 1962 No. 21. Los casos a los que se refiere la protección son los siguientes:

- Enfermedad y maternidad;
- Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales;
- Invalidez, ancianidad y sobrevivientes.

La seguridad contra el desempleo aún no se ha puesto en vigor.

Son sujetos al régimen de seguridad social todas las personas que ejercen una actividad retribuida en virtud de un contrato de trabajo, con excepción de los adscritos al servicio doméstico, de los trabajadores a domicilio, del personal de las entidades públicas y de las tripulaciones de navíos y aeroplanos en tránsito por Libia.

Los tratamientos médicos que se prestan:

- En caso de accidente de trabajo: a los asegurados;
- En caso de enfermedad: a los asegurados y a sus familiares;

a los pensionados por invalidez y ancianidad y a sus familiares, a los que gozan de pensión de viudez u orfandad;

- En caso de maternidad: a los asegurados y a las esposas de los asegurados.

Ello comprende la visita, el diagnóstico y el tratamiento adecuado por parte del médico general y de los especialistas en los centros, la visita a domicilio o la hospitalización si las condiciones en que se encuentra el enfermo lo exigen. Además, aquellos que tienen derecho reciben las prestaciones farmacéuticas y se les proporciona los aparatos de prótesis, los anteojos (después de ocurrido el accidente profesional).

En caso de maternidad, a la asegurada o a la esposa del asegurado se le presta asistencia pre o postnatal y, evidentemente, la asistencia en el parto.

En seguida del accidente, el asegurado es provisto de los aparatos de prótesis que sean necesarios para substitución de los miembros amputados o de los aparatos acústicos y ópticos que requiera para evitar una carencia o deformidad.

La ley prevé la participación a los gastos por parte de los beneficiarios. Sin embargo, el reglamento sobre los tratamientos médicos, proveniente del decreto ministerial No. 4 de 1958, no ha sido objeto a tal disposición de carácter facultativo, de suerte que la totalidad de los tratamientos médicos actualmente prestados en el reino son del todo gratuitos.

Ningún límite de tiempo está asignado a los gastos de los tratamientos médicos. Sin embargo, en caso de que el asegurado deje de trabajar y si el derecho a pensión llega a expirar, la duración de los gastos de los tratamientos médicos así está establecida:

- En caso de accidente: 12 meses del día de la cesación de la actividad de trabajo o seis meses del término del derecho a la indemnización económica. La prestación es de cualquier modo proporcionada en el período más favorable para el asegurado.
- En caso de enfermedad: seis meses del día de la cesación del trabajo o del derecho de pensión.
- En caso de maternidad: las prestaciones sanitarias son proporcionadas, sin límite de tiempo, hasta que sea necesario mantenerlas.

El período de contribución requerido para proporcionar los tratamientos médicos varía conforme a los casos con los que el asistido es protegido es decir:

- Por accidente profesional: ningún período de contribución es requerido.
- Por enfermedad del asegurado o de las personas a su cargo: Al menos seis contribuciones semanales deben haberse enterado durante los tres meses que preceden al principio de la enfermedad.
- Por enfermedad o por invalidez del beneficiario de la pensión de ancianidad o de sus familiares o por enfermedad del beneficiario de la pensión de viudez u orfandad: Ningún período de contribución es requerido siendo las prestaciones sufragada a título de pensión.
- Por maternidad de la asegurada o de la esposa del asegurado: Al menos seis pagos semanales deben haberse cubierto durante los tres meses que preceden al acontecimiento.

El régimen de seguridad social prevé también la asignación de:

- 1.—Una indemnización diaria en el caso de incapacidad temporal por accidente profesional, enfermedad y maternidad.
- 2.—Una indemnización determinada por parto de una asegurada o de la esposa de un asegurado, por defunción del asegurado, del pensionado por invalidez permanente o por muerte del pensionado o por vejez.
 - 1) El monto de la indemnización diaria varía de acuerdo con el caso que da lugar a la incapacidad temporal y con la clase de salario que percibe el asegurado, es decir:
 - En caso de accidente profesional: Lit. 455, Lit. 735 y Lit. 1,260 según la clase de salario percibido.
 - En caso de enfermedad: Lit. 306.25, Lit. 490 y Lit. 840 según la clase de salario percibido.
 - En caso de maternidad: La misma que en caso de enfermedad.

En caso de accidente profesional, la indemnidad diaria corresponde a un máximo de 360 días a partir del día siguiente de aquello que produjo la incapacidad temporal y hasta la permanencia de ésta. No se otorga si la incapacidad no dura más de tres días.

En caso de enfermedad, la indemnización diaria corresponde al cuarto día siguiente a aquel en el que surgió la incapacidad temporal y sigue siendo sufragada hasta el día en que termina aquella sin que como quiera, pueda pasarse hasta el doble del tiempo en el cual, durante los últimos tres meses, ha habido pago de contribuciones.

En caso de maternidad, la indemnización diaria corresponde cuando la incapacidad surge durante las seis semanas que preceden a la fecha presunta del parto. La prestación es sufragada por el período completo de incapacidad hasta un máximo de 12 semanas.

El período de contribución requerido para tener derecho a la indemnización diaria varía según el caso por el cual el asistido es protegido, o sea:

- Por accidente profesional: Ningún período de contribución es requerido.
- Por enfermedad: Los pagos semanales deben ser enterados durante los tres meses que preceden al principio de la enfermedad.
- Por maternidad: Se requiere la inscripción de la asegurada por lo menos 12 meses antes de la fecha del parto o, al menos, 16 pagos semanales deben haberse efectuado durante el año que precede al acontecimiento mismo.

Cuando tales condiciones no son satisfechas, suplen las disposiciones sobre la seguridad de enfermedad en cuanto sean aplicables.

2) La indemnización a destajo, de igual cantidad para las tres clases de salario, varía de acuerdo con los hechos que dan derecho a gozarla, que son precisamente:

- En caso de maternidad de la asegurada o de la esposa del asegurado: Lit. 6,125 por todo hijo dado a luz.

- En caso de fallecimiento del asegurado o del pensionado por invalidez o por vejez: Lit. 17,500.
- En caso de fallecimiento del asegurado por accidente profesional: Lit. 35,000.

El seguro social es financiado esencialmente por las cuotas pagadas por los patronos (60%) y por los trabajadores (40%).

A fin de calcular las contribuciones y las prestaciones, los asegurados están subdivididos en tres clases según el salario efectivo percibido. En todas las clases se atribuye un presunto salario (medio) de cantidad fija, al cual se reporta el monto de los cuotas y de las prestaciones.

La ley No. 21 de 1962 antes citada ha establecido como sigue las clases de salarios y cuotas:

Cuadro 9

Clase	Salario diario (en milíemes *)		Cuota semanal total (en milíemes *)
	efectivo	presunto	
I	menos de 450	350	235
II	de 450 a 899	700	475
III	900 y más	1,200	811

y así ha distribuido la repartición de las cuotas entre las distintas ramas de asegurados:

Cuadro 10

Clases	Cuotas Semanales		
	incapacidad	tratamiento médico	Pensiones
I	35	95	105
II	75	190	210
III	126	325	360

Con tal criterio, el total de las cuotas pagadas representa 11,19% del salario presunto de la I clase, 11,31% del salario presunto de la II clase, y 11,26% del salario presunto de la III clase.

* 1,000 "milíemes" = 1 libra esterlina líbica.

1 "milíeme" = Lit. 1,750 (Anterior a la devaluación de la esterlina).

El régimen de seguridad social en Libia es manejado por el Instituto Nacional de Seguridad Social (I.N.A.S.), organismo dotado de autonomía administrativa y financiera y puesto bajo el control del Estado.

El Director General, nombrado por el Consejo de Ministros, es el órgano que ejecuta las decisiones adoptadas por el Consejo de Administración del Instituto compuesto por representantes del Gobierno, de los asegurados y de los patrones.

El Instituto Nacional de Seguridad Social tiene farmacias y centros propios y para los internados recurre a veces a los hospitales públicos.

En la tabla 11 que presentamos en seguida son expuestos los datos aproximativos sobre el número medio de las personas aseguradas por el I.N.A.S. y de las personas aseguradas que pagan su cuota:

Cuadro 11

Años	Número de beneficiarios		Porcentaje de aumento anual
	Asegurados	Asegurados que pagan su cuota	
1959	42,301	29,611	—
1960	54,635	38,244	29.16
1961	72,804	50,963	33.26
1962	77,634	54,344	6.63
1963	85,138	59,597	9.67
1964	96,761	67,733	13.65
1965	111,487	78,041	15.22

TUNEZ

Cuadro 12

Población (1961)	Régimen	Población protegida	Prestaciones erogadas	Financiamiento	Organismos
3,965,000	Obligatorio	-Personal estatal y de las entidades públicas. -Asalarados del sector privado no agrícola. -Personal dependiente de las sociedades nacionales.	-Tratamiento médico. -Indemnización por enfermedad.	-Patrones. -Trabajadores.	-Secretaría de Salubridad y Asuntos Sociales. -Caja Nacional de Seguridad Social.

En el momento actual, los tratamientos médicos en Túnez son proporcionados en el ámbito de cuatro regímenes diferentes que tienen carácter legal o estatutario donde encuentran su razón de ser en acuerdos colectivos o en convenios privados.

A.—Entre los regímenes legales o estatutarios se encuentran:

- El régimen de previsión social del personal del Estado y de las entidades públicas.
- El régimen de la seguridad social en el sector privado no agrícola.
- El régimen de accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.
- El régimen de las sociedades nacionales.

1.—El régimen de previsión social del personal del Estado y de las entidades públicas fue constituido por orden legislativa del 12.4.1951 para hacer frente al riesgo de las intervenciones quirúrgicas y de la enfermedad de larga duración.

Trátase de un régimen obligatorio que se basa sobre la libre elección del médico general, de los especialistas y de la farmacia. El sistema de asistencia es indirecto previendo éste el reembolso total o parcial de cada uno de los actos profesionales comprendidos en las listas aprobadas por decreto.

Deben ser obligatoriamente inscritos:

- Los funcionarios y los empleados inscritos en el régimen general de la Caja Nacional de Pensiones.
- Los asalariados del Estado y de las entidades públicas inscritas a la Caja Nacional de Pensiones.
- El personal auxiliar, temporal o por contrato del Estado y de las entidades públicas.
- Los miembros del cuerpo diplomático.
- Los funcionarios, los empleados o los obreros del Estado, con derecho a pensión y las viudas titulares de pensión reversible (solamente para el riesgo de las intervenciones quirúrgicas).

Además de los inscritos al régimen tiene derecho al seguro sanitario: los cónyuges no separados ni repudiados, ni divorciados, y los hijos menores de 20 años que viven a su cargo.

La Ley 31.12.1965 No. 65/46 (Art. 23) ha limitado la asistencia sanitaria a los primeros cuatro hijos excluyendo por consiguiente al quinto hijo y a los nacidos posteriormente al 31.12.1965 (fecha de promulgación de la ley).

Como ya se ha dicho, el régimen protege al que tiene derecho por enfermedad de larga duración y a los que sufren intervención quirúrgica. Son consideradas enfermedades de larga duración aquellas que por regla general requieren una asistencia médica superior a los 6 meses. Cuatro de ellas están, como quiera, indicadas en la ley, es decir: la tuberculosis, las enfermedades mentales, la poliomielitis y el cáncer.

Las intervenciones quirúrgicas figuran en una nomenclatura especial de actos profesionales en la que cada uno de ellos es determinado conforme a su importancia, con un coeficiente comprendido entre 1 y 200. En las intervenciones con coeficiente igual o superior a 50, el reembolso es efectuado al 100% del gasto en el límite de la "tarifa de responsabilidades"; para las intervenciones determinadas con un coeficiente comprendido entre 10 y 49 inclusive, el reembolso es del 80% de la misma tarifa; finalmente, las intervenciones con coeficiente inferior a 10 y que son llamadas "de pequeña cirugía" se dejan a cargo de los inscritos. Para las enfermedades de larga duración, el reembolso de los gastos por parte de la Caja de Prevención se acomoda a los límites de las tarifas fijadas en la nomenclatura general de los actos sanitarios.

El tratamiento médico en los centros o a domicilio puede ser proporcionado por los médicos generales o especialistas, sea en hospitales o en clínicas privadas.

Los medicamentos no son directamente surtidos pero los asegurados pueden adquirirlos en las farmacias anticipando el pago, y después son reembolsados 100%.

Los gastos para los hospitalizados son reembolsados sobre base de una tarifa que varía según el enfermo mismo haya sido atendido en hospital o en una clínica o que sea una persona anciana o un niño.

Los gastos para el tratamiento o por la prótesis dental no son, sin embargo, reembolsados, al menos si no se trata de extracción quirúrgica de una muela del juicio encasquillada e incrustada.

Para poder gozar del beneficio de las prestaciones sanitarias, se requiere por parte de los funcionarios y de los empleados la inscripción al régimen por lo menos de tres meses y, de parte del personal auxiliar,

temporal o por contrato, el tener un servicio continuo retribuido por lo menos durante dos años.

En cuanto a los familiares a cargo del asegurado, el derecho a las prestaciones surge en el mismo momento en que se cumplen las condiciones establecidas para los asegurados.

El problema de la protección del seguro no se presenta para el régimen de prevención social del personal del Estado, dado que los asegurados continúan pagando la cuota también después de haber dejado el servicio (pagan la cuota como pensionados).

Las prestaciones sanitarias, en caso de intervención quirúrgica, son dadas desde el trigésimo día que precede a la operación hasta el trigésimo día después de la salida del hospital. En caso de enfermedad de larga duración, el período máximo de reembolso de los gastos sanitarios es de tres años contando desde el día de la primera visita médica. Entre todos los regímenes de protección de enfermedad en vigor en Túnez, éste del que hablamos, es el único que prevé la limitación de la duración del reembolso del pago por la asistencia sanitaria.

El régimen de previsión social del personal del Estado y de las entidades públicas es encargado a la Caja de Previsión Social, entidad pública dotada de personalidad jurídica y de autonomía financiera. Ella depende de la Secretaría de Estado en la economía nacional y su presupuesto es publicado junto con el presupuesto general del Estado. El Consejo de Administración está compuesto por el Presidente de la Caja Nacional para las Pensiones y por seis miembros nombrados por decreto de dicho Secretario de Estado para la economía nacional.

El financiamiento del régimen es cubierto por las cuotas de los asegurados — ya estén en servicio o pensionados — y por las subvenciones del Estado y de las entidades públicas (en vez de los patrones). La cuota contributiva es del 1% de los estipendios de base por el personal en servicio y de 0.5% por los pensionados; a igual aportación está obligado el patrón. Las contribuciones del personal del Estado se ponen a base de una cuota máxima anual de 458 dinars por los dependientes en servicio y de 300 dinars por los pensionados.

2.—El régimen de la seguridad social en el sector privado no agrícola fue instituido por la ley del 14.12.1960 No. 60/30 y se aplica en lo siguiente:

— El personal asalariado de la industria y del comercio, las profesiones liberales; las cooperativas, las sociedades, los sindicatos y a diversas asociaciones.

- A los trabajadores empleados en las haciendas agrícolas teniendo o no forma de cooperativas — o en los establecimientos para la transformación de los productos agrícolas.
- A los dependientes de empresas de transporte.
- A los agentes viajeros, representantes y comisionistas.
- A los trabajadores del sector municipal, y a los estudiantes.

El régimen se extiende a los familiares del asegurado, mujer e hijos menores de 20 años a su cargo y siempre que no estén asegurados ellos mismos.

La asistencia médica es dispensada en el campo de los instrumentos sanitarios del Estado (hospitales y centros) y competen a todas las intervenciones de diagnóstico y de terapéutica, además de la entrega de medicamentos, en los límites de los productos aceptados en las consultas externas y catalogados en el cuadro aprobado por la Secretaría de Estado para la Salud Pública, puesto al día cada año previo parecer del cuerpo médico hospitalario que forma parte del Consejo de Salubridad.

Las medicinas son consignadas a los asegurados en las farmacias establecidas en los hospitales o en las farmacias destinadas al servicio de la consulta externa previa presentación de la receta médica hecha en un recetario especial. Las ampollitas para la curación por inyección están, en todo caso, consignadas al interior de los hospitales.

La hospitalización en los nosocomios de Estado comprende las intervenciones quirúrgicas, las prestaciones de los especialistas, los exámenes radiológicos, los análisis de laboratorio y la medicina necesaria para la curación del asegurado; medicinas que pueden usarse exclusivamente en hospitales.

Para tener derecho a las prestaciones sanitarias, el asegurado debe:

- Ser inscrito en el régimen de seguro por más de seis meses.
- Tener una tarjeta sanitaria otorgada por el Instituto del Seguro y puesta al día en cuanto toca a su validez.
- Para la hospitalización, haber prestado 20 días de actividad en el trabajo durante los dos trimestres que preceden al día de empezar su hospitalización. En cuanto a la asistencia de maternidad, además de la inscripción sanitaria, como antes se ha dicho, es preciso haber prestado 120 días de actividad en el trabajo en los últimos cuatro trimestres.

El período de protección del seguro se prolonga ocho trimestres consecutivos después del fin del reporte de trabajo.

Ninguna limitación es prevista en la duración de la realización de la asistencia sanitaria ni tampoco es requerida alguna participación al costo por parte del asegurado.

Durante la incapacidad al trabajo por enfermedad, se le otorga al asegurado la indemnización diaria igual al 50% del salario en las primeras siete semanas e igual a 66 2/3% del salario para el tiempo sucesivo (en total la indemnización no puede superar los 52 dinares en un mes).

La indemnización de enfermedad es pagada, desde un período de espera de 10 días (tres días para la enfermedad de larga duración), hasta un máximo de 170 días por cada enfermedad y de 300 días en dos años.

La indemnización de maternidad, igual a 50% del salario hasta un máximo de 39 dinares al mes, se paga por la duración de las 12 semanas concedidas.

La Caja Nacional de Seguridad Social dirige el régimen del sector privado no agrícola. Es también una entidad pública con personalidad jurídica y con autonomía financiera dependiente de la Secretaría de Estado para la Juventud, el Deporte y los Asuntos Sociales sobre los que esta entidad ejerce el control.

La Caja es administrada por un Consejo compuesto por un Presidente y 11 miembros designados para tres años, por decreto de la Secretaría antes señalada; y son representadas las organizaciones patronales y sindicales y también forman parte, tres personalidades, eminentes expertos en el campo legal, en el social y en el financiero.

Como se ha señalado antes, la Caja Nacional de Seguridad Social no otorga directamente la asistencia médica y hospitalaria la cual, en efecto, es prestada por los hospitales del Estado en virtud de un contrato que la Caja misma ha estipulado el 26.6.1961 de acuerdo con la Secretaría de Estado de Salubridad. El monto de la suma que la Caja entrega cada año a los hospitales es establecido por el Consejo de Administración con base en el reporte de la Secretaría de Estado, misma según el costo de las prestaciones particulares registradas en el curso del año ejercido.

El régimen es financiado por la contribución global del 20% (15% a cargo del patrón y 5% a cargo del trabajador) calculado sobre la base de la retribución entera percibida por el trabajador asegurado.

3.—El régimen de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales es determinado en la ley 11.12.1957 No. 57/73 que ha coordinado las normas de las actuaciones precedentes sobre la materia, después de que la institución, en materia de seguros, fue regida por el decreto de 15.3.1921.

Su campo de aplicación es más extenso que el que pertenece al sector privado no agrícola porque, además de las categorías de asalariados protegidos en el régimen relativo a este último sector, la asistencia a la enfermedad es sufragada también a los asalariados de las haciendas agrícolas de cualquier género, a los estudiantes de las escuelas técnicas y de los institutos superiores, a los desocupados utilizados en los talleres y al personal del Estado empleado por contrato o por reporte de trabajo temporal.

Este régimen, como el de Previsión Social para el personal del Estado y de las entidades públicas, se basa sobre la libre elección del médico general, del especialista y de la farmacia. Asimismo, el sistema de erogación de la asistencia es indirecto, previendo el reembolso total o parcial de las intervenciones profesionales incluidas en la lista aprobada por decreto. Por lo tanto, en todo lo que se refiere a los tratamientos médicos, basta con remitirse a lo anteriormente dicho, respecto al régimen de previsión para los empleados públicos.

Exponemos a continuación algunas consideraciones particulares:

- La cuota de reembolso de las medicinas es aquella fijada para la venta al público; la cuota de reembolso del material de curación es aquella practicada en la venta al por mayor.
- Si el enfermo es internado en un hospital público, se aplican las cuotas normales para los enfermos de paga. Si la hospitalización se realiza en clínica privada, cuya tarifa es más elevada, el reembolso se efectúa en los límites de las cuotas válidas para los hospitales públicos.
- El régimen se aplica tan sólo al asegurado y las consultas en gabinete, domiciliarias y hospitalarias por el médico general o por el especialista, son expresamente establecidas.
- Para las medicinas surtidas por el patrón o por la entidad asegurador no existe limitación de clase aun cuando, en lugar de ser entregada la medicina al asegurado, sea reembolsado su precio.

Para tener derecho a las prestaciones sanitarias, el trabajador debe pertenecer a una de las categorías protegidas y el infortunio debe haber sido causado por el trabajo o haber sucedido en el curso del mismo.

El período de protección desde la cesación del trabajo, la curación aparente o la cicatrización de la herida, es de cinco años durante los cuales el interesado puede solicitar la revisión de su estado de incapacidad para el reconocimiento de una agravación eventual del estado de salud; en el caso de que se juzgue necesario conceder al enfermo un nuevo período de incapacidad temporal y el beneficio de tratamientos ulteriores, el patrón se ve obligado a asumir los gastos relativos.

En caso de enfermedad profesional, el período de protección asegurada es de dos años.

Ninguna limitación se prevé en la duración de las prestaciones sanitarias, ni es requerida participación alguna, en el costo por parte del asegurado, al menos que, como ya se ha dicho, este haya querido internarse en una clínica privada en cuyo caso, la mayor parte del gasto queda a su cargo.

El régimen de los accidentes de trabajo está bajo control técnico de la Secretaría de Estado en lo que se refiere a la juventud, deportes y asuntos sociales, y bajo el control financiero de la Secretaría de Estado sobre la economía nacional, por las Compañías de Seguros autorizadas para ejercer en Túnez tal actividad social.

El financiamiento de la dirección queda a cargo completo del patrón el cual paga a las compañías ya citadas, las cuotas que varían según el riesgo cubierto, de 1 a 9% del sueldo cobrado por el trabajador.

4.—Régimen de las Sociedades Nacionales.

Las Sociedades Nacionales que dirigen servicios instituidos en la época de vigencia del protectorado, aplican en materia de prestaciones médicas dos regímenes distintos: uno legal y el otro de carácter estatutario.

El sistema legal reposa sobre las antiguas convenciones colectivas aprobadas por la autoridad protectora, por medio de las cuales, se ha aplicado entre los empleados de las Sociedades Nacionales el Régimen de Previsión Social del personal del Estado y de las entidades públicas.

El régimen de carácter puramente estatutario prevé, por el contrario la erogación bajo la responsabilidad del patrón de las prestaciones sanitarias que no son cubiertas por el régimen legal de previsión. Esto

se aplica, en el ámbito de una empresa o de un grupo de empresas formando parte de un mismo sector de actividad, a los empleados que prestan servicio continuo y responden a los fines perseguidos por la empresa misma. De este, se excluyen por lo tanto, todos los trabajadores empleados esporádicamente o que desarrollan una actividad accesorio y, en general, el personal por contrato. Esto permite que el personal dependiente de las Sociedades Nacionales se beneficie, en virtud del régimen de previsión social, del seguro contra las intervenciones quirúrgicas y de las enfermedades de larga duración y que gracias al régimen estatutario, disfrute en caso de enfermedades comunes y corrientes, de la asistencia médica y de las prestaciones farmacéuticas distribuidas tanto en forma directa como por el sistema de reembolso.

Además de tener derecho el asegurado a las prestaciones sanitarias — por parte del régimen legal — también lo tiene, la esposa no separada, ni divorciada, ni repudiada, y los cuatro primeros hijos a cargo de quienes se han cobrado las asignaciones familiares.

El Régimen Estatutario no reconoce derecho asistencial alguno a los familiares del asegurado. Algunas sociedades lo admiten en las visitas médicas dadas en los consultorios privados y en algunos otros servicios sanitarios. Los auxiliares — se precisa — aunque cubiertos por el régimen legal de previsión social, no son protegidos por el régimen estatutario.

Por lo que corresponde al contenido de la asistencia sanitaria proveniente del régimen legal hay que reportarse a lo que se ha dicho respecto al personal del Estado y de las entidades públicas.

Los beneficiarios del Régimen Estatutario disfrutan de la asistencia médica en consultorios y, si no pueden caminar, de la asistencia médica a domicilio. Son admitidos libremente en las enfermerías oficiales en las que pueden hacerse examinar y recetar tanto por médicos generales como por especialistas; pueden someterse a todos los servicios sanitarios radiográficos y radiológicos, y a los análisis de laboratorio; pueden además, disfrutar de la terapia por inyecciones y obtener recetas de medicinas que pueden ser obtenidas en las farmacias designadas.

Para disfrutar de la asistencia médica, según el régimen estatutario, es necesario que el asegurado esté en servicio activo en la empresa en el momento que desea la asistencia médica; tiene derecho sin límite de duración a las prestaciones médicas y farmacéuticas. Tampoco existe limitación alguna si se deja el trabajo por razones de salud.

El régimen legal de las Sociedades Nacionales es dirigido por la "Caja de Pensiones" en el seno de la cual existe un "Fondo de Previsión" con contabilidad distinta. Es dirigido por un Consejo compuesto de cuatro miembros representantes del personal en servicio activo y pensionado. El Consejo es presidido por uno de sus miembros elegido cada año.

El Régimen Estatutario, a su vez, es dirigido por un servicio administrativo especial organizado por cada sociedad.

El financiamiento del régimen legal es asegurado por las contribuciones de los asegurados y por aquellas Sociedades Nacionales consideradas estas últimas como patronos. En cuanto a la proporción de dichas contribuciones con respecto al régimen de previsión social ya se menciona. Los descuentos del salario a título de cuota de seguro del trabajador son efectuados por el patrón, el que la paga después al "Fondo de Previsión" que junta esas contribuciones. Para los pensionados, los descuentos sobre su pensión son realizados por la "Caja de Pensiones"; las contribuciones patronales, a su vez, son pagadas por el último patrón.

El financiamiento del Régimen Estatutario de las Sociedades Nacionales es garantizado por los gastos de administración de las sociedades mismas.

B.—Regímenes basados en contratos colectivos y convenios privados.

Rigen en Túnez sistemas de seguros de enfermedad fundados en contratos bilaterales entre patrón y trabajadores; contratos que vienen operando como los contratos estipulados por compañías privadas de seguros. Tales contratos están reglamentados por los Decretos del 16.5.1931 y del 15.8.1946. Son protegidos contra la enfermedad, a veces también en caso de maternidad, los dependientes del contrayente menor de los 60 años. La inscripción al sistema por parte del trabajador se obtiene mediante la suscripción de un formulario presentado por el empresario.

La cantidad de las prestaciones depende del monto de la prima correspondiente y de la edad de la persona asegurada. Es reconocido el principio de la libre elección del médico general, del especialista, del personal sanitario auxiliar y de la farmacia. La intervención del régimen de seguros se produce en el límite de una tarifa que, garantiza, en general, el reembolso de los pagos hasta 80%. En caso de que el bene-

ficiario disfrute de otra forma de seguro, la Compañía interviene en la parte del pago que, después de la liquidación del tratamiento de la enfermedad a cuidado del otro régimen, queda a cargo del asegurado.

Las tarifas que sirven de base para el reembolso de los pagos de las intervenciones médicas generales o especialistas y de las medicinas, se aproximan a las que normalmente se aplican al público.

También los pagos por la hospitalización son reembolsados con el mismo criterio.

Retribución de los médicos y pago de las farmacias y hospitales.

Los sistemas de retribución de los médicos por razón del desarrollo de sus funciones en el ámbito del Seguro Social y los pagos efectuados a los hospitales y farmacias varían con el régimen de seguros.

El régimen de previsión social de los empleados públicos prevé el reembolso parcial de los gastos expuestos para las enfermedades, y la cuestión ha sido anticipada tanto con respecto a los médicos como a las farmacias.

Los médicos no tienen, pues, una relación de trabajo con el Instituto de Previsión.

El Régimen Estatutario de las Sociedades Nacionales para asegurar el servicio de los tratamientos médicos de los propios asegurados provee el pago directo de los médicos que, por prestaciones o a destajo, han contratado, y corresponde a los farmacéuticos, también contratados, determinar el precio de las medicinas surtidas.

De acuerdo con el Régimen de "Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales" la acción del médico es retribuida por tercera persona, la Compañía de Seguros, la cual provee también al pago de los servicios hospitalarios y de las medicinas surtidas.

En el régimen del sector privado no agrícola, y ligado como se ha dicho, a la autoridad pública de salubridad, la "Caja Nacional de Seguridad Social" no retribuye directamente al médico, ni paga los productos farmacéuticos; todos los gastos son cubiertos en realidad, con una suma determinada previamente y que la Caja misma paga al Fondo Nacional de Salubridad Pública. Ella, sin embargo, realiza el pago directo de los servicios hospitalarios realizados al propio asegurado en el extranjero o proporcionados en el territorio nacional en casas privadas de curación, a las que se recurre cuando no quedan camas disponibles en los hospitales públicos.

El pago del personal sanitario por parte de la autoridad de sanidad pública, se realiza en dos sistemas diversos según sea que el mismo personal preste servicios por horario entero o por tiempo parcial.

En el sistema de retribuciones a "tiempo completo", los médicos, los farmacéuticos, los especialistas empleados en los hospitales tuneños, perciben un estipendio de base, determinado según un índice que varía de acuerdo con las funciones; a este estipendio se añade la indemnización de cargo y de tiempo completo.

Los índices tabuladores relativos al personal sanitario van de 500 a 750 puntos; este último índice se refiere a los funcionarios que ocupan el puesto más alto de la jerarquía administrativa.

Los médicos de "tiempo completo" perciben también una cuota que es parte de los honorarios pagados por los enfermos de paga y por aquellos internados a título privado; esta cuota parcial asciende al 75% de la tarifa de los honorarios médicos y quirúrgicos fijada por la nomenclatura observada en el Régimen de Previsión Social del personal del Estado.

Para intervenciones biológicas y de electroradiología, el porcentaje correspondiente es de 30%.

Los mismos médicos, además de las retribuciones mencionadas, pueden percibir emolumentos especiales para trabajos científicos, por prácticas parciales y consultas efectuadas a petición de la autoridad administrativa o judicial o de las mismas empresas industriales o comerciales, públicas o privadas; para tales actividades, se requiere siempre la autorización de la Secretaría de Salubridad Pública.

A este propósito, es útil precisar que, a pesar de las fuentes de ingresos mencionados, las entradas mensuales de un médico de tiempo completo en el ámbito de la Sanidad Pública, son con mucho, inferiores al ingreso de un médico profesionalista libre; sobre todo, por el escaso número de estos últimos.

Hay que notar también que los médicos de "tiempo completo" pueden efectuar, en los hospitales estatales, dos consultas por semana entre sus clientes privados y además, disponen de cierto número de camas con facultad de ponerlas a la disposición de los enfermos que son internados a título privado. El número de esas camas no puede, como quiera, pasar del 8% de la capacidad hospitalaria oficial en el reparto que a los médicos corresponde.

Los médicos ocupados en "tiempo parcial" o "en vacaciones" son retribuidos por una cantidad determinada. El servicio de "media jornada" es de tres horas y para tal actividad los médicos perciben mensualmente 80 dinars si desarrollan funciones directivas o de 60 dinars si son empleados como médicos adjuntos o asistentes. También los médicos de "tiempo parcial" tienen derecho a la cuota parcial de los honorarios cobrados a los enfermos de paga.

El servicio de "vacación" da derecho a una indemnización mensual más modesta según la importancia de las funciones desarrolladas por el médico. Los médicos con funciones directivas son retribuidos con 15 dinars al mes; los médicos adjuntos perciben 12 dinars al mes y los asistentes 10 dinars.

Finalmente, los médicos internos perciben una retribución económica mensual cuya cantidad se equipara a la de un funcionario del Estado con índice retributivo de 300 (es decir de 57.245 dinars netos) cuando la antigüedad es inferior a un año, o de un funcionario del Estado con índice retributivo de 350 (es decir de 67.163 dinars netos) cuando la antigüedad es superior a un año.

Los médicos internos tienen derecho, además, a la indemnización de familia, al alimento, al alojamiento, a la luz, a la calefacción, al lavado y planchado de la indumentaria personal y, si se ofrece, a la hospitalización y a los tratamientos médicos gratuitos.

E U R O P A

El seguro de enfermedad en los países de Europa Occidental presenta diversas características conexas con la estructura política y económica que cada país ha adoptado en el curso del tiempo. En grandes líneas, pueden comprenderse entre los países con estructura tradicional de economía de mercado, a los países de la Comunidad Económica Europea. Entre los países, que a pesar de tener una economía de mercado, optan por una política inspirada por la línea social democrática, hay que comprender a Suecia, Noruega, Dinamarca y Finlandia.

Además, un semblante particular es el de la Gran Bretaña en donde, en medio de una fluctuación entre una economía conservadora de tipo capitalista y una economía progresista de tinte socialista, se ha establecido desde hace tiempo un sistema de seguridad social de los más avanzados y acabados.

En los confines orientales de Europa Occidental, entendidos en el sentido político, existen países de democracia popular en los cuales la nacionalización de la economía ha modificado todo el sistema de vida y adaptado diversas exigencias. En esos países — en donde, como en Hungría, Checoslovaquia, Polonia, Rumanía, Yugoslavia y Bulgaria, el Seguro de Enfermedad existía ya antes de los últimos cambios políticos — la protección social ha tomado un carácter prevaleciente de servicio público.

Y es precisamente, tomando en consideración esas diversas características, que en seguida se describen, el seguro de enfermedad en Bélgica, Alemania, Italia, Yugoslavia y Suecia.

Bélgica, Alemania e Italia tienen en vigor regímenes de seguridad de enfermedad que, por el sistema de erogación de las prestaciones y por el sistema de las organizaciones, presentan experiencias diversas.

Italia y Alemania adoptan la erogación directa de las prestaciones sanitarias; sin embargo, la estructura de organización y administración, reviste caracteres nacionales en Italia, mientras en Alemania es de carácter local con autonomía en la dirección. En Bélgica, el sistema de erogaciones de las prestaciones sanitarias es por reembolso y la estructura de organización y administración es mixta, entre el centralismo y descentralismo; en lo que se refiere a la dirección de los organismos locales, es coordinada y compensada por organismos nacionales público, los que actúan por rigor de ley para ordenar los servicios sanitarios, para el control médico-fiscal y para el cobro de las cuotas.

BÉLGICA

En Bélgica, el seguro de enfermedad que, en algunos aspectos tiene sus más remotos orígenes casi a fines del siglo XVIII, en la segunda post-guerra asume una fisonomía propia y verdadera de los regímenes generales.

El seguro de enfermedad, generalmente está comprendido en el Instituto Nacional del Seguro de Enfermedad e Invalidez (I.N.A.M.I.), que es un organismo de carácter nacional, con un Consejo General, en el que los trabajadores y los patrones están representados a la par y del cual también forman parte los representantes de los organismos mutualistas que actúan en sedes locales.

Las Cajas Mutualistas locales (cristianas, socialistas, liberales y profesionales) proveen al pago de las prestaciones sanitarias y económicas.

Cuadro 13

Población	Régimen	Población protegida	Prestaciones erogadas	Financiamiento	Organizaciones
9,500,000	Obligatorio	7,123.000	Tratamientos médicos. Indemnización por enfermedad y maternidad.	Asegurados Patronos. Estado.	Ministerio de Prevención Social. Ministerio de Salubridad Pública. Ministerio de Hacienda. Inst. Nal. de Seguro de Enfermedad e Invalidez (I.N.A.M.I.). Oficio Nal. para la Seg. Social. Cajas Mutualistas locales.

Están asegurados todos los trabajadores activos, dependientes e independientes, públicos y privados, los pensionados y los desocupados. Los familiares de los asegurados gozan del beneficio de las prestaciones sanitarias.

El derecho a las prestaciones está condicionado a un período de antigüedad de seguro, por lo menos a 6 meses, durante el cual el interesado debe haber reunido un mínimo de 120 días de trabajo efectivo.

Las prestaciones económicas son concedidas en una medida igual a 60% del salario sujeto a contribución, por un período máximo de un año; en caso de permanencia del estado de incapacidad igualmente llamada primaria, la prestación sigue siendo pagada a título de incapacidad prolongada, durante un segundo período de dos años.

Las prestaciones sanitarias son completas y se conceden por tiempo ilimitado, según el sistema de reembolso, con una participación en los gastos por parte del asistido igual a 25% de cargos, proveniente de la aplicación de tarifas aprobadas con referencia a las establecidas por la ley, para los honorarios de los médicos generales y especialistas.

Para la asistencia hospitalaria, los gastos para la estancia son reembolsados 100%; sin embargo, para los tratamientos médico-quirúrgicos, se aplican las tarifas de reembolso previstas.

En cuanto a las prestaciones farmacéuticas, existe un surtido determinado de medicinas reembolsables con una participación en los gastos, por parte del asistido, igual a 90% del precio al público, participación comprendida de cualquier modo entre un máximo de 50 francos para las especialidades y de 20 francos para las medicinas generales la cual no es requerida de algunas categorías económicamente más débiles.

El financiamiento está a cargo de los patronos en la medida del 3.10% del salario con un máximo de 161.700 francos anuales, para las prestaciones sanitarias; además el 1.40% del salario hasta un máximo de 117,600 francos para las prestaciones económicas. Siempre dentro de los mismos máximos de salarios y los mismos mínimos, los trabajadores pagan respectivamente 2.65% y 1.40%.

El Estado contribuye: con 27% de las cantidades establecidas en el presupuesto para los tratamientos médicos; y con 95% de los gastos para indemnización funeraria y para las enfermedades sociales; y con 50% de los gastos para el pago de las indemnizaciones por incapacidad prolongada de trabajo.

R. F. DE ALEMANIA

En Alemania, el seguro social ha dado origen a un Decreto Imperial de 1883, el que fue desarrollado en el Código del Seguro Social entrado en vigor en 1911 y modificado varias veces.

Cuadro 14

Población (1966)	Régimen	Población protegida	Prestaciones erogadas	Financiamiento	Organismos
58,000,000	Obligatorio	54,000,000	Tratamientos médicos. Indemnidad de enfermedad y maternidad.	Asegurados Patrones	Sría. de Trabajo y Asuntos Sociales. Cajas Federales de enfermedad. Cajas de enfermedad locales y por categoría.

La administración del seguro de enfermedad, en el régimen general, es confiada a las Cajas Mutualistas autónomas locales y por categoría que, en 1967, eran 1,912. Las Cajas están reunidas en Federaciones de "Land" (territorio) y de "Bund" (categoría).

En los órganos de administración de las Cajas están presentes, en número igual, representantes de los trabajadores y de los patrones.

Todos los trabajadores empleados por el sector privado están asegurados (para los empleados, máximo de retribución: 10,800 DM anuales) y algunas categorías de independientes, los pensionados y los desocupados. Los familiares de los asegurados gozan de las prestaciones sanitarias. El núcleo familiar de los derecho-habientes es limitado al cónyuge y a los hijos hasta una edad fijada de modo variable de Caja a Caja.

El derecho a las prestaciones no está sujeto a condición alguna, ni en cuanto toca a cuota máxima, ni respecto a antigüedad de inscripción.

Las prestaciones económicas se conceden en medida igual, al 65% del salario sujeto a cuota para los asegurados que no tienen familia a su cargo (75% desde la 7a. semana). Para los asegurados con familiares a cargo, la indemnización asciende a un máximo total de 75% (para las 6 primeras semanas) y de 85% desde la 7a. semana. Una ley de 1957 ha puesto a cargo del patrón la diferencia entre este porcentaje y 100% del salario para las seis primeras semanas de incapacidad de trabajo. La indemnización procede desde el segundo día de incapacidad de trabajo y tiene una duración ilimitada. Si se trata de una misma enfermedad, la indemnización se cubre, sin embargo, durante un período máximo de 78 semanas para un período de tres años.

Las prestaciones sanitarias son completas y se conceden en forma directa, sin límite de tiempo, excepción hecha de la recuperación hospitalaria limitada a 78 semanas en tres años en el caso que se trate de una misma enfermedad.

Solamente para la asistencia farmacéutica, está prevista una participación en los gastos por parte del asistido. Para esta asistencia, de hecho, siendo admitida la prescripción libre, el asistido debe pagar 1 DM por cada receta. Sin embargo, los pensionados y los grandes inválidos están exentos de la participación.

El financiamiento está a cargo del patrón y de los trabajadores, por partes iguales. Actualmente, esta contribución varía, según las Cajas, entre 8 y 10% del salario considerado hasta un máximo de 10,800 DM anuales. Las Cajas, dada su autonomía, pueden variar el precio de la contribución, disminuyéndolo o aumentándolo hasta la cuota máxima autorizada por la ley según la gestión llevada. Hay que notar además que, para los pensionados asegurados, los beneficiarios de las pensiones deben pagar a las Cajas 2% del monto de las mismas. Para la enfermedad, el Estado no participa en los gastos.

ITALIA

En Italia, el seguro de enfermedad, habiendo tenido como origen la Sociedad de Ayuda Mutua del siglo XIX, cambió sucesivamente de carácter en cuanto se refiere a la protección de los trabajadores dependientes del sector particular. En 1943, el seguro, ya obligatorio por contrato colectivo por categoría profesional, se volvió obligatorio por fuerza de ley para todos los trabajadores dependientes del sector privado.

Después de 1954, el seguro se hizo extensivo, por medio de leyes particulares y regímenes especiales, a las más importantes categorías del trabajo autónomo. También existen regímenes especiales para varias categorías de profesionistas libres, para los burócratas y para los dependientes privados no inscritos en el Régimen General.

Cuadro 15

Población (1966)	Régimen	Población protegida	Prestaciones erogadas	Financiamiento	Organismos
53,000,000	Obligatorio	45,500,000	Tratamientos médicos. Indemnización de enfermedad y maternidad para los dependientes asalariados.	Trabajadores. Patrón. Estado.	Sría. de Trabajo. Ministerio del Tesoro. Sría. de Salubridad Régimen Gral.: Instituto Nal. de Seg. Soc. contra Enfermedad. Sedes provinciales INAM. Secc. territoriales. Regímenes especiales. Cajas de enfermedad.

En el régimen general, el seguro está confiado al Instituto Nacional de Seguridad contra Enfermedad, entidad de derecho público de carácter nacional, con oficinas periféricas organizadas en cada estado y en cada municipalidad de mayor importancia.

En los órganos colegiados de administración figuran los representantes de los patrones y, en proporción mayor, los representantes de los trabajadores.

Están sujetos al seguro los dependientes de la agricultura (asalariados), los empleados de los sectores industrial, comercial, crédito-seguro tributarios inscritos (trabajadores y empleados), los adscritos al servicio domésticos, los aprendices, los trabajadores a domicilio, los adscritos a la pequeña pesca, los ministros de los cultos católicos y no católicos, los pensionados por invalidez, vejez y los sobrevivientes y las categorías menores. Los familiares del asegurado son beneficiarios de las prestaciones sanitarias.

El derecho a las prestaciones no está sujeto, normalmente, a condición alguna.

La indemnización de enfermedad se concede durante un período máximo de 180 días por año a partir del 4o. día de incapacidad de trabajo y es pagada a razón de 50% del salario para los primeros 20 días. Desde el 21o. día la indemnización se eleva a las dos terceras partes del salario.

Las prestaciones sanitarias que conceden también durante 180 días por año — con posibilidad de prórroga en los casos de enfermedades graves y largas — son completas, excepción hecha de las medicinas especiales surtidas únicamente por las dependencias directamente administradas por el Instituto o estipuladas previamente.

El sistema básico de las erogaciones es directo por medio de médicos — generales y especialistas — obstétricos, hospitales y farmacias determinadas. No se prevee ninguna participación en los gastos por parte de los asistidos.

El financiamiento está casi totalmente a cargo del patrón y diversos porcentajes de contribución son previstos según las categorías inscritas.

Actualmente, por ejemplo, en el sector industrial la cuota contributiva, para los trabajadores, es del 12.61% en la que va incluida una contribución de solidaridad del 0.58% del salario, que está también a cargo de otras categorías (comercio, crédito) para hacer frente a los gastos mayores de asistencia a los asalariados agrícolas. Los trabajadores pagan una cuota igual a 0.15% del salario.

El Estado, a no ser para los trabajadores autónomos, no interviene como institución en el seguro de enfermedad. La intervención del Estado en el régimen INAM es excepcional, especialmente en ocasión a presupuestos deficitarios cuanto estos no son remediables por medio de la revisión de las cuotas contributivas.

En los tres países considerados — Bélgica, Alemania, Italia — así como en otros países de la C.E.E., el problema de la organización de los tratamientos médicos en el ámbito del seguro de enfermedad presenta dificultades particulares en cuanto a la incorporación de los médicos en el sistema. El cuerpo médico sigue conservando, actualmente, un conjunto de tradiciones y privilegios que pertenecen a un pasado ya superado y que no es fácil armonizar con las exigencias de una vida social que aspira a asegurar una igualdad de derechos a la protección. Todo esto ha provocado de esta suerte que, en Bélgica, en Italia y también en Francia, hayan ocurrido manifestaciones de oposición tan agudas que, a pesar de las tradiciones del cuerpo médico, han tomado también aspectos de “proletarización” de la categoría llevada hasta el grado de entrar en huelga.

En los tres países considerados, los médicos están, en substancia, compensados por las intervenciones profesionales particulares, aunque los sistemas de erogación de las prestaciones adoptados por las entidades administrativas sean diferentes (Bélgica por reembolso; en Alemania e Italia, directamente).

En Bélgica e Italia, cada disputa, bien que surgida por interés de una medicina libre y eficaz, y álgidas preocupaciones de carácter social, tratan de hecho sobre la proporción de la remuneración. En Alemania, la situación es más extensa porque, en definitiva, tampoco existe un contacto directo entre los organismos mutualistas y los médicos. Los organismos mutualistas, de hecho, se liberan de toda responsabilidad al convenir con las Asociaciones Médicas el “quantum” anual global que es entregado a las Asociaciones las que, a su vez, son responsables de la eficiencia de trabajo de los médicos particulares respecto a los asegurados y proveen a la determinación de los honorarios con base en la actividad médica desarrollada conjunta e individualmente.

YUGOSLAVIA

En Yugoslavia, ya en 1954 se había promulgado una ley sobre seguridad sanitaria que se refería exclusivamente a los trabajadores dependientes, trabajadores y empleados, y cabía en el cuadro del sistema de seguros sociales fundado por la ley de 1950.

En 1962, por ley que entró en vigor el 1o. de julio, el seguro sanitario — cosa definida por la ley del 24 de mayo de 1962 — es único para todos los trabajadores.

Cuadro 16

Población	Régimen	Población protegida	Prestaciones erogadas	Financiamiento	Organismos
19,300,000	Obligatorio	19,300,000	Tratamientos médicos. Indemnización de enfermedad y maternidad.	Empresas Estado	Inst. Federal de Seg. Soc. Inst. de Seg. Soc. de cada República. Oficinas distritales de seg. social. Empresas.

El Instituto Federal de Seguridad Social tiene bajo su control general la aplicación de la ley. Los Institutos de seguridad social de cada república determinan el equilibrio financiero de las diversas ramas de seguros administrados, por medio de un fondo de reaseguración obligatorio en el cual participan con sus cuotas todas las Oficinas Distritales del Seguro Social. Estas oficinas, a su vez, se ocupan del cobro de las cuotas, de la erogación de las prestaciones y de la estipulación de los convenios con las autoridades locales de salubridad para la utilización de consultorios de salubridad pública con el fin de facilitar los tratamientos médicos.

Las empresas proveen el pago directo de la indemnización al derechohabiente.

Todos los organismos de cualquier nivel son administrados por Asambleas electas por trabajadores. Las Oficinas Distritales tienen, por ejemplo, cada una de ellas, una Asamblea de 30 miembros.

El régimen se aplica a todos los trabajadores, incluidos los aprendices y los independientes, los menores, los estudiantes, los pensionados por invalidez y vejez, los sobrevivientes de los trabajadores y los familiares de los asegurados. Para los agricultores directos existe un régimen especial de seguro de enfermedad, introducido en 1963 y organizado a escala comunal (Fondo de seguro de enfermedad agrícola).

El derecho a las prestaciones no está sujeto, normalmente, a ninguna condición.

Las prestaciones económicas se conceden desde el primer día de enfermedad y durante todo el período de incapacidad de trabajo.

La indemnización diaria equivale al 60% del salario para los primeros 7 días, al 70% del 8o. al 60o. día, y al 100% del 61o. día en adelante. Cantidades superiores hasta el 60o. día están, sin embargo, previstas bajo determinadas condiciones de antigüedad de trabajo.

Las prestaciones sanitarias son completas: preventivas y curativas.

Erogación directa y gratuita. La participación en los gastos está limitada a la asistencia farmacéutica — exceptadas las medicinas necesarias para tratamientos especiales — y para las vacunas no obligatorias. En el primer caso, equivale al 20% del costo de las medicinas; en el segundo caso, varía del 25 al 50% de los gastos de vacunación.

El financiamiento lo efectúan las empresas, las que pagan al Fondo de Seguridad Social un porcentaje que varía del 20 al 30% de la suma de los salarios.

La organización de los servicios sanitarios en Yugoslavia no presenta los mismos aspectos problemáticos que en los países europeos considerados, dado que los hospitales y los médicos son dependientes de las autoridades sanitarias y centrales. Los únicos problemas se refieren a la distribución geográfica de los médicos y a la relación médico-población (un médico por cada 1145 habitantes) circunstancias que no son del todo satisfactorias para asegurar una asistencia eficaz.

SUECIA

En Suecia, como en casi todos los países europeos, el seguro de enfermedad obligatorio tiene su origen en los seguros voluntarios. En 1955, se dio un primer impulso al seguro de enfermedad, haciéndolo obligatorio para todos los residentes y, en 1962, por modificación expresa, el seguro fue inscrito en un texto único que constituye el Código de un sistema acabado de seguridad social.

Cuadro 17

Población (1966)	Régimen	Población protegida	Prestaciones erogadas	Financiamiento	Organismos
7,800,000	Obligatorio	7,800,000	Tratamientos médicos. Indemnización de enfermedad y maternidad.	Trabajadores. Patrones. Estado.	Sría. de los Asuntos Sociales. Cajas regionales de seguridad social.

La administración del seguro está confiada a las Cajas regionales, constituídas en cada región y en cada ciudad no representadas en los

consejos regionales. Las Cajas pueden, a su vez, abrir Oficinas locales en la medida que se juzgue necesario para estas poblaciones.

En los órganos de administración son representados la autoridad sanitaria, el Consejo Regional y los miembros designados por la Asamblea Regional o por el Consejo Municipal.

Todos los residentes entran en el campo de aplicación de los tratamientos médicos. Para las prestaciones económicas, la inscripción es obligatoria para aquellos que gozan de ingresos anuales superiores a 1,800 coronas.

La erogación de las prestaciones no está subordinada a ninguna condición y es prevista para tiempo ilimitado.

La indemnización diaria de enfermedad se concede desde el 4o. día de incapacidad de trabajo y en cantidad determinada variable según el monto del ingreso, con base mínima de 6 coronas.

Las prestaciones sanitarias, completas, se otorgan según el sistema indirecto. En cuanto a las prestaciones médico-generales, el beneficiario recibe un reembolso igual al 75% de gastos quedando en los límites de los honorarios fijados por la tabla correspondiente. En lo que se refiere a las prestaciones farmacéuticas, al contrario, el gasto incumbe al asistido hasta concurrencia de tres coronas; pasando de estas 3 coronas, el gasto se reembolsa en un 50%. Sin embargo, las medicinas necesarias al tratamiento de enfermedades clasificadas en el cuadro correspondiente como enfermedades sociales, son del todo gratuitas. Ningún gasto por hospitalización queda a cargo del asistido.

El financiamiento se garantiza con las contribuciones de todos aquellos cuyo ingreso sujeto a cuotas es superior a 2,400 coronas anuales. La importancia de la contribución, para las prestaciones sanitarias, se establece en forma fija, igual para todos. Un cuota supletoria igual al 5% del salario la pagan los patrones.

Para las prestaciones económicas, la contribución es de tasa fija, igual para todos, en cuanto se refiere a la indemnización de base; para la indemnización de monto superior, la contribución varía según la clase de ingreso.

El Estado interviene con una contribución anual igual al 50% de los gastos realizados por las Cajas para prestaciones sanitarias y para la erogación de la indemnización de base.

El sistema de erogación por reembolso para los tratamientos médicos no da lugar a problemas referentes a las relaciones con el cuerpo médico.

AMERICA LATINA

En los países de América Latina, el seguro social de enfermedad y la organización sanitaria está en continuo desarrollo y sigue el impulso que los gobiernos dan a la economía como medio de elevar el nivel de la vida social.

No resulta siempre de ello una política perfectamente coordinada, lo que se debe al estado de mayor o menor madurez que presenta la estructura económico-social de los países particulares en el momento de admitir los programas de renovación.

En muchos países de América Latina los seguros sociales preceden cada reforma sanitaria y, casi en todas partes, el seguro y los servicios sanitarios son precedidos en formas de asistencia propias al mundo europeo, o por una medicina empírica de tradición popular o tribal.

El seguro social es hoy la forma mejor acogida, pero los sistemas de erogación del tratamiento médico se desarrollan diversamente.

La organización de esos regímenes de seguro, de hecho, varía según los instrumentos sanitarios existentes en cada sitio. Allí donde los establecimientos de tratamientos públicos o de "beneficencia" están en estado de hacer frente a las exigencias sanitarias de la población, los Institutos de Seguros estipulan convenios con las distintas administraciones hospitalarias para la recuperación de sus asegurados previa determinación de los pagos y el avalúo de los costos.

En efecto, el sistema aludido ha contribuído eficazmente a la coordinación y al mejoramiento de los servicios ya que, asegurados, no asegurados e indigentes, gozan de la asistencia sanitaria en el mismo lugar y de parte del mismo personal médico.

En las zonas, donde la asistencia no puede otorgarse en los hospitales instalados — hospitales del Estado y de "beneficencia" — o donde los lugares disponibles son anticuados o insuficientemente habitables y el personal sanitario de limitada capacidad, los institutos de seguro no han tenido otra alternativa que la de invertir parte de sus fondos en la construcción y acondicionamiento de los hospitales propios, con el propósito de hacer frente a los propósitos de su institución.

Estos hospitales planeados, construídos, equipados y dirigidos por los Institutos del Seguro Social son sin duda mejores que los otros hospitales públicos, sobre todo por lo moderno de los equipos de que son

dotados y por el personal médico a su servicio, más preparado y mejor retribuido.

Hecha esta aclaración con carácter general, pasamos a una rápida exposición de los regímenes de la seguridad contra enfermedades más significativas, realizados en tres países.

PERÚ

Cuadro 18

Población (1961)	Régimen general	Población protegida	Prestaciones erogadas	Financiamiento	Organismos
10,300,000	Obligatorio	Trabajadores asalariados. Empleados públicos y privados.	Tratamientos médicos. Indemnización de enfermedad.	Patrones. Trabajadores. Estado.	Sría. del Trabajo. Caja de Previsión Social para los asalariados. Caja de Seguridad Social para los empleados.

De las 4,080,000 personas que constituyen la población activa del Perú, el 58% se dedica a la agricultura y al pastoreo, 19% a la industria y el resto se ocupa de otros sectores de la producción.

Como en otros países subdesarrollados, sólo 37% del presupuesto nacional peruano proviene de la agricultura aunque, como se ha dicho, ésta absorbe más de la mitad de los trabajadores generalmente retribuidos.

El 64% de toda la población vive en zonas rurales; 28% en la capital y 8% en centros urbanos menos poblados.

Disposiciones referentes a los gastos por tratamientos médicos se fueron sucediendo desde mucho tiempo antes a la conquista española hasta estos últimos 50 años y todos bajo el patrocinio público y privado. En los diferentes sistemas adoptados desempeña un cometido importante el hospital, sea ya para la recuperación de los enfermos, o por la asistencia prestada en los consultorios. Naturalmente, ésta es también otorgada en forma privada y sin reglamento preciso.

Los sistemas de sostenimiento de los tratamientos médicos varían según la entidad que los realiza, la categoría de personas que los dirigen,

su financiamiento y la clase de prestaciones que se otorgan. En su conjunto, los tratamientos médicos pueden agruparse como sigue:

- Asistencia a la población indígena.
- Asistencia médica curativa.
- Tratamientos médicos para los militares y la policía.
- Tratamientos médicos otorgados por el sistema de seguridad social.
- Tratamientos médicos otorgados por el poder público.
- Servicios médicos del sector industrial.
- Tratamientos médicos otorgados privadamente.

Antes que la medicina moderna fuese introducida en Perú, la población indígena tenía ya organizado un sistema de tratamientos que comprendía la intervención de la magia, práctica basada en la experiencia sin tomar en consideración ni la doctrina ni la razón científica, operada por brujos y hechiceros.

Era tanta la fé que tenían los indígenas en sus curanderos que las tentativas emprendidas por el Gobierno para introducir en la población más aislada y retraída los sistemas modernos de curación no han alcanzado sus metas ni resultados concretos. En cualquier localidad del altiplano andino, a la acción del Estado se une la enseñanza de las misiones americanas; sin embargo, tales iniciativas han tenido escasos éxitos sobre todo por la diversidad de las lenguas que se hablan y por los instrumentos técnicos empleados que los indígenas miran con cierta desconfianza.

En las zonas más próximas a las grandes ciudades y a los centros de hospitalización construídos por el Gobierno, la afluencia de los indígenas a los centros médicos es más frecuente y el encuentro entre médico y paciente se realiza en un clima de menor recelo. La asistencia, como sea, se limita en general, a cualquier medicamento casi siempre surtido en las farmacias sin presentación de receta médica.

Los hospitales de beneficencia, construídos por la cantidad de personas particulares, están destinados a la asistencia de los indigentes; estos hospitales, construídos generalmente en los grandes centros urbanos se van transformando paulatinamente en entidades públicas más convenientes a las presentes necesidades asistenciales, también por la constante y cada vez mayor participación del Estado en los gastos de realización.

Merecen mención especial los tratamientos otorgados a favor de los militares y de la policía en el ámbito de un régimen especial destinado expresamente a la asistencia sanitaria de este sector de la población peruana.

En 1960, los militares y los agentes de policía tenían reservados cinco hospitales dotados en su conjunto de 1,739 camas y algunas distribuidas en otros hospitales incluyendo los de beneficencia.

El sistema de Seguridad Social fue instituido por la ley de 1936 a beneficio del personal asalariado (privado y público) el que concede la asistencia de enfermedad y de maternidad y paga la pensión de invalidez, de vejez y para sobrevivientes. Para los pensionados, el seguro es optativo. Los familiares del asegurado no son protegidos, excepto los hijos del trabajador inscrito (hasta dos años de edad). En el año de 1962, poco más de 400,000 personas estaban inscritas en el régimen.

La asistencia médica otorgada a los dependientes asalariados comprende: los tratamientos médicos en los centros, la hospitalización, la entrega de los medicamentos y la asistencia dental (excluida la prótesis).

Ella viene otorgada, en forma directa en los centros directivos de la entidad de previsión, por el período de 26 semanas prorrogables a 52 en caso de enfermedad de alivio paulatino.

La indemnización de enfermedad, subordinada al pago de cuatro contribuciones semanales en los últimos 120 días, se liquida, después de dos días de ausencia, por el período de 52 semanas prorrogables en caso de enfermedad larga y grave. Su monto es igual a 70% del salario.

La indemnización de maternidad, igual a 70% del salario se paga por 36 días antes y 36 después del parto. También se concede una asignación de lactancia igual a 30% del salario durante un período de ocho meses (tal ayuda puede ser otorgada en naturaleza). Las condiciones para gozar de las prestaciones de maternidad son idénticas a las fijadas para indemnización de enfermedad.

El financiamiento está constituido por las contribuciones del asegurado y del empresario en medida respectiva del 3% y del 6% del salario — y del gobierno que participa en el fondo de operación de la entidad de previsión con 2% de los salarios y por el producto de algunos impuestos de consumo.

También la categoría de los empleados está sujeta a la protección del régimen de Seguridad Social, pero con un sistema que se diferencia

notablemente del establecido para los trabajadores asalariados, igualmente en lo que se refiere a la entidad que lo coordina y lo administra.

En virtud de tal sistema, los tratamientos médicos son otorgados directamente o bien, a petición del beneficiario, los gastos le son reembolsados a base de tarifas. Los sujetos al sistema son los empleados públicos y privados; para los pensionados el seguro es facultativo.

Las prestaciones sanitarias comprenden los tratamientos médicos generales y especializados, la asistencia al parto, la asistencia dental, la hospitalización, los análisis de laboratorio y la entrega de medicina.

El período máximo de erogaciones es de 12 meses.

A la mujer del asegurado se le otorga la asistencia de maternidad desde el sexto mes de gravidez; esta es la única prestación en especie otorgada a los familiares del inscrito.

En caso que en los últimos seis meses se llegue a una antigüedad de seguro de cuatro meses, sólo a los empleados privados les corresponde, después de 30 días de espera — durante los cuales el empresario paga generalmente el estipendio íntegro — la indemnización de enfermedad igual a 70% de la retribución base. La prestación es concedida durante un período máximo de 11 meses.

Una indemnización igual se paga en caso de maternidad por seis semanas antes y por seis después del parto. También a los empleados privados se les liquida por ocho meses en dinero o en especie — la cuota de lactancia. Para poder beneficiar de dichas prestaciones se requiere una antigüedad de seguro de por lo menos seis meses en los últimos doce meses del principio del seguro de por lo menos nueve meses anteriores al parto.

Para el financiamiento del seguro para los empleados concurren: los empleados con 3% del estipendio (con 2.5% los empleados públicos); los empresarios con 3.5% del estipendio del empleado privado y con 3% del estipendio del empleado público; el Estado con 0.5% del estipendio.

Los máximos de retribución con fines contributivos y asistenciales son: 1,600 soles semanales para los asalariados y 7,000 soles mensuales para los empleados.

Al funcionamiento de los dos sistemas erogativos de la asistencia de enfermedad, puestos ambos bajo la vigilancia de la Secretaría del Trabajo, presiden: la Caja Nacional de Seguridad Social para los Asala-

riados dotada de varios centros, clínicas y de 15 hospitales propios, y la Caja de Seguridad Social para los Empleados, la que también tiene un gran hospital en Lima y numerosos hospitales y centros regionales que maneja directamente.

Como se ha dicho, el Estado participa a los gastos de las prestaciones sanitarias otorgadas en los hospitales de beneficencia y al régimen general de seguridad de enfermedad para los trabajadores asalariados y para los empleados públicos y privados. Además de tal actividad, el Estado — y la Secretaría de Salubridad y Asistencia Social en lo que le corresponde — sufragan el tratamiento médico en forma directa a través de los centros propios y el personal sanitario de su dependencia.

En los pueblos y en las zonas rurales funcionan centros profilácticos (dirigidos por un médico) y centros de curación (muy eficientes gracias al personal sanitario de auxilio y a la inspección periódica realizada por un médico). Las funciones desarrolladas en dichos centros son sobre todo preventivas, aunque una actividad terapéutica verdadera y propia se desarrolla siempre en caso de enfermedades contagiosas como: la malaria, la tuberculosis, la disentería y otras.

Centros para intervenir de “emergencia” denominados “Asistencia Pública” operan en los mayores centros urbanos del país. Un médico está siempre de guardia durante la jornada, turnándose con otros colegas en turnos de tres o cuatro horas de servicio. En las horas nocturnas, en el centro, está de pie una enfermera; el médico, como quiera, siempre puede ser localizado.

En el año de 1960, los hospitales administrados por el Gobierno eran en total 32; 23 hospitales generales y nueve hospitales especializados para el tratamiento de la tuberculosis, del cáncer y de la lepra. En general, estos hospitales han sido construídos en las ciudades menores para afrontar las necesidades a las que los más viejos hospitales de beneficencia no podían responder.

En cuanto a los hospitales estatales — a diferencia de lo que ocurre en los hospitales de beneficencia — presta sus servicios un grupo numeroso de médicos a tiempo completo y a tiempo parcial. Los hospitales están a disposición de toda la población, especialmente de aquella económicamente débil; como quiera, cierto número de camas es reservado a los pacientes que pueden pagar el derecho de hospitalización.

Una ley de 1924 preve el seguro de asistencia médica a los trabajadores de la industria ocupados en lugares aislados como son los mineros y los aserradores. En virtud de esta disposición, los negocios que

distan de la residencia del médico más de tres horas de viaje y que tienen 50 o más dependientes, deben contar con un médico en el lugar. Si el número de los trabajadores es elevado, las empresas están obligadas a la gestión directa de un hospital; por consiguiente, si el negocio tiene 2,000 o más dependientes y está ubicado en un lugar separado de un hospital por más de 50 km. (una hora de automóvil sobre carretera en buen estado) está obligado a construir un hospital propio. La regla establece que debe haber una cama de hospital por cada 30 trabajadores y un médico de tiempo completo por cada grupo de 900 trabajadores.

Además de los tratamientos médicos realizados con los sistemas ya expuestos, existe en Perú, como en todos los países, un sector privado de la medicina al que recurren las personas que no tienen derecho a la asistencia sanitaria por parte de un régimen u otro — que sea general o especializada — y también que, a pesar de tener derecho, prefieran hacerse curar separadamente pagando los gastos correspondientes. Tal clase de tratamiento, como es natural, se reserva a quienes disponen de fuertes ingresos.

Tanto en las ciudades como en las zonas rurales, muchos tratamientos sanitarios se efectúan en consultorios médicos privados aunque no sea más que por una o dos horas de servicio diario. En Perú, son pocos los médicos que ejercen exclusivamente su profesión a título privado; casi todos tienen su propia clientela que atienden en el consultorio de su propiedad o, por acuerdo especial, en los consultorios propiedad de las empresas que los emplean.

BRASIL

Cuadro 19

Población (1961)	Régimen general	Población protegida	Prestaciones erogadas	Financiamiento	Organismos (1967)
66,000,000	Obligatorio	-Trabajadores de la industria, del Comercio y del crédito.	-Tratamientos médicos. -Indemnización económica.	-Patrones. -Trabajadores. -Estado.	-Secretaría del Trabajo. -Instituto Nacional de Seguridad Social.

Los sesenta y seis millones de habitantes viven en 22 estados, cinco territorios y un distrito federal, cada jurisdicción de los cuales presenta

diversas características culturales y diferente estructura política y social; lo cual influye sobre las condiciones sanitarias y sobre la organización de los tratamientos médicos en Brasil.

Los diferentes sistemas de asistencia sanitaria y los servicios hospitalarios están en estrecha relación con las posibilidades económicas de cada uno de los Estados.

Sin contar las iniciativas adoptadas con los medios puestos a disposición por los ricos — de cuyas iniciativas se ha tratado con referencia a Perú y que en substancia pueden tenerse por válidas para Brasil también — y la asistencia de enfermedad otorgada a los empleados de los Estados por el “Instituto de Previsión y Asistencia del Personal Estatal”, conviene poner toda la atención sobre el sistema general que proporciona la asistencia en forma obligatoria a los dependientes asalariados pertenecientes a seis categorías diversas de actividad, cada una de las cuales era, hasta el año de 1967, de competencia de un Instituto distinto de la Seguridad Social.

En 1960, los inscritos al sistema general eran por todo 4,058,589 distribuidos del modo siguiente, según los Institutos a los que pertenecían:

I.A.P.I. (trabajadores de la industria)	1,543,986
I.A.P.C. (trabajadores del comercio)	1,375,971
I.A.P.E.T.E.C. (trabajadores de transportes)	472,034
C.A.P.F.E.S.P. (ferrocarrileros)	386,146
I.A.P.M. (marítimos)	135,521
I.A.P.B. (trabajadores del crédito) (bancarios)	144,931

Es interesante hacer notar que los trabajadores de la agricultura están excluidos del seguro de enfermedad, lo mismo los trabajadores domésticos y los eventuales.

La asistencia sanitaria, que comprende los tratamientos médicos generales y especialistas, la hospitalización con traslado del enfermo si fuere necesario, la asistencia de obstetricia y odontológica, y finalmente, la proporción de medicamentos con participación a los gastos por parte de los beneficiarios, es dada directamente por el instituto administrador sin límite de tiempo en cualquier ciudad; por otra parte, la asistencia es otorgada en consultorios privados por médicos retribuidos convencionalmente por los mismos Institutos. También los familiares del asegurado gozan de la asistencia médica en caso de enfermedad y de maternidad.

Después de 15 días de atención, durante los cuales el patrón está obligado a pagar el salario íntegro, se concede al trabajador, por el término de 24 meses, la indemnización económica igual al 70% del salario más 1% del mismo salario por cada año de contribución pagada, hasta un máximo de 20 años.

En caso de maternidad, se paga una suma determinada de valor igual a dos meses de salario mínimo aplicado en la región; se paga una suma determinada equivalente a un solo mes de salario mínimo si el régimen prevee también la hospitalización. A este respecto, es de tener presente que la ley obliga al patrón a pagar a su trabajadora, en caso de maternidad, el salario íntegro durante las seis semanas anteriores y las seis posteriores al parto.

Para tener derecho, sea a los tratamientos médicos, sea a la indemnización económica por enfermedad o maternidad, se requiere que el trabajador haya contribuido por lo menos durante 12 meses.

Al financiamiento (único para las dos ramas invalidez-vejez — sobrevivientes y enfermedad — maternidad) proveen las contribuciones del asegurado iguales al 8% y del patrón también; del 8% del Estado limitada a cubrir los gastos de administración y a pagar eventualmente el "deficit" del ejercicio.

La máxima de salarios — respecto a la contribución o para el cálculo de la indemnización económica — es de diez veces el salario mínimo aplicado en el país.

La Secretaría del Trabajo ejerce el control superior sobre el régimen de Seguridad Social vigente en Brasil, el cual está administrado desde el año de 1967 únicamente por el "Instituto de Seguridad Social". Se trata de una entidad pública en la que tienen representación los trabajadores asegurados, los patrones y el Estado, éste último por medio del Director General que es un funcionario del Gobierno Central.

COSTA RICA

Cuadro 20

Población	Régimen general	Población protegida	Prestaciones erogadas	Financiamiento	Organismos
1,274,000	Obligatorio	Trabajadores dependientes con salario inferior a 1,000 colones.	-Tratamientos médicos. -Indemnización de enfermedad.	-Patrones. -Trabajadores. -Estado.	-Caja Costarricense de Seguridad Social.

Su población está distribuida en siete provincias; la mayoría está, sin embargo, concentrada en la zona restringida de la "Meseta Central".

Los tratamientos médicos proporcionados por los tradicionales "curanderos" de quienes se ha hablado con respecto a los sistemas asistenciales adoptados en el Perú y en Brasil, no tienen importancia alguna en Costa Rica por razón del número insignificante de indígenas que allá viven. La asistencia sufragada por las instituciones caritativas también tiene poco valor, a diferencia de cuanto ocurre en la mayoría de los países de América Latina, por razón de haber estado casi totalmente absorbida por la actividad desarrollada por el Gobierno a este respecto, a través de la Dirección General de la Medicina Preventiva y de la Dirección General de los Tratamientos Médicos, ambas unidades burocráticas de la Secretaría de Salubridad.

La labor asistencial destacante, también para el fin que se propone nuestro estudio, es aquella desarrollada en el ámbito del régimen general cuya legislación, promulgada en 1941, ha introducido en América Central, por primera vez, un sistema regular de tratamientos médicos.

En el régimen general de seguridad de enfermedad y maternidad están inscritos todos los dependientes que perciben un salario inferior a 1,000 colones al mes; si tal ingreso aumenta, permanece la garantía del seguro. De este quedan excluidos los adscritos al servicio doméstico y los empleados eventuales.

En los distritos donde funcionan centros médicos, la asistencia sanitaria se proporciona también a los familiares a cargo del asegurado, en un término de duración de 26 semanas y con exclusión única de la asistencia dental.

En los demás distritos, los tratamientos médicos se aplican tan sólo a los hijos de las madres trabajadoras hasta los dos años de edad, siempre que la póliza de seguro esté vigente al momento del parto y continúe siéndolo sucesivamente.

La asistencia sanitaria, otorgada en forma directa en los centros médicos administrados por la entidad aseguradora, comprende los tratamientos de medicina general y especializada, la hospitalización, la proporción de medicinas, la asistencia odontológica y obstétrica y la ayuda ortopédica a precio reducido. Su duración máxima es de 52 semanas prorrogables en casos particulares.

En caso de enfermedad se paga, después de cuatro días de espera y durante 25 semanas, la indemnización económica igual al 50% del salario.

La indemnización de maternidad, a su vez, igual a 50% del salario, se paga para los 30 días que preceden y los 30 que siguen del parto. Durante cinco meses se liquida también una asignación de lactancia.

Condición para poder gozar de las prestaciones en especie y en dinero en caso de enfermedad, es haber participado con 20 contribuciones diarias en las cuatro últimas semanas.

En caso de maternidad, se requiere para obtener una y otra prestación haber pagado 26 contribuciones semanarias en las 52 últimas semanas.

El financiamiento del régimen se efectúa por medio de la contribución de los asegurados — igual a 4% del salario (3% en las zonas donde los tratamientos médicos no sean sufragados a los familiares) —; de los patrones — igual a 5% del sueldo (3% en las zonas donde los tratamientos médicos no sean sufragados a los familiares del trabajador) —; del Gobierno — igual a 2% del monto completo de los salarios pagados (1% en las zonas donde los tratamientos médicos no sean sufragados a los familiares de los trabajadores).

La “Caja Costarricense de Seguridad Social”, es el Instituto administrador del sistema de seguridad de enfermedad. Es propietaria del Hospital Central de San José que administra directamente y de otros hospitales regionales, consultorios y farmacias. A falta de servicios hospitalarios bajo su administración directa, la Caja establece convenios con centros de curación diversos de modo que, en todas partes, sea asegurada la asistencia de enfermedad a todos los derecho-habientes. La Caja goza de absoluta autonomía y, aunque sean elegidos por el Presidente de la República, los siete miembros que forman su órgano ejecutivo son libres en el ejercicio de su función directiva de cualquier vínculo que tengan con el poder ejecutivo central; y de tal autonomía se valen para extender gradualmente el sistema a nuevas clases de trabajadores para el mejoramiento de la asistencia que proporciona.

Posición del personal sanitario en América Latina

La distribución de los médicos en América Latina es extraordinariamente desigual. La mayor parte del personal sanitario se ha concentrado en las zonas urbanas y en los centros rurales más desarrollados económicamente en desventaja de la asistencia a la población agrícola de bajos ingresos.

América Central que en 1966 tenía 65 millones de habitantes, en la misma época disponía tan sólo de 32 Facultades de Medicina, una Facultad por cada 2.1 millones de habitantes. El número anual de egresados era de cerca de 1,500 y de los que ejercían la profesión 31,000 médicos, dando una relación médico-población de 1/2,110.

En América del Sur, para una población de 140 millones de personas, en 1966 había 62 escuelas médicas; es decir, una escuela por cada 2,2 millones de habitantes. Cada año se reciben cerca de 5,300 nuevos médicos y ejercen la profesión 70,600 médicos dando una relación de 1/1,940.

En Perú, cerca de 4,000 médicos atienden a una población de 10,300,000 en relación de un médico para 2,600 personas (en E. U. 1/750; en Rusia: 1/540).

En Lima — su capital — y en sus suburbios, ejerce cerca del 72% de los médicos peruanos a pesar de que la misma zona esté habitada solamente por 14.6% de la población total. Esto significa que en el resto del territorio nacional, solamente el 28% de los médicos presta sus servicios a 85% de la población; muchos distritos rurales, especialmente en el altiplano andino, están pues completamente desprovistos de médicos o bien la relación médico-paciente es muy baja (1/20,000, 1/40,000, y también 1/100,000. En Perú, en 1966, había 3 escuelas superiores de medicina en las cuales se recibían anualmente 150 nuevos médicos.

En Brasil, para una población total aproximada de 60 millones de habitantes, 27,000 médicos ejercen la profesión llevando una relación de 1 por 2,500 habitantes. Allí, hay 31 escuelas superiores de medicina en las que se reciben anualmente 2,000 médicos.

La concentración de los médicos sobreviene, como es obvio, en las ciudades más pobladas y en los Estados más ricos. En los Estados, por ejemplo, de Guanabara donde está Río de Janeiro, y de Sao Paulo, 17,000 médicos prestan sus servicios, es decir el 63% para una población de los mismos estados que representa el 28% de los habitantes del país entero. En el Estado de Sao Paulo, el 60% de los médicos ejerce en la capital. En los Estados económicamente débiles ocurre el mismo fenómeno a diferencia de que, como en el Estado de Pernambuco, las zonas periféricas están completamente desprovistas de sanatorios.

La mayor parte de los médicos que ejercen la profesión en las grandes ciudades costeras o en el interior tienen diversos encargos en el con-

junto de la organización sanitaria del país permitidos por la legislación, a diferencia de lo que ocurre en Perú.

Un grave problema es la baja retribución de los médicos ya sea por parte del Gobierno o por los Institutos de Seguros. También en el hospital de la Universidad de Sao Paulo, por cuatro horas de servicio al día, un médico percibe al principio de su actividad 40,000 cruzeiros por mes y se ve, pues, obligado para poder vivir dignamente a ejercer una actividad privada y a buscar otra ocupación siempre en el campo sanitario.

En Costa Rica, hay 625 médicos autorizados para ejercer la profesión sanitaria, con una relación de 1/2,000. Más de las 2/3 partes de esos médicos están concentrados en la provincia de San José en la que reside 1/3 de la población total.

El 60% de los médicos que practican en Costa Rica han recibido su título en otros países de América Latina (sobre todo en México). Con la creación de la facultad de medicina en la Universidad Costarricense, la disponibilidad de médicos tiende a mejorarse por la utilización de médicos recibidos en el lugar.

En general, la clase sanitaria prefiere prestar sus servicios en el seno del régimen de Seguridad Social en donde la retribución es mejor y también la afluencia de médicos es superior a la verificada en el ámbito de la actividad sanitaria desarrollada por el Gobierno.

En estos últimos años, las compensaciones pagadas por el Estado han sufrido un sensible aumento lo cual significa que la retribución actual de los médicos ha alcanzado los niveles a los que llegaron los Institutos del Seguro Social.

También los emolumentos pagados por el Gobierno a los médicos que practican en las zonas agrícolas tienden a aumentar de modo que el personal sanitario se ve incitado a transferirse en donde su presencia sea más necesaria.