

SEGURIDAD SOCIAL

II
Revista
de la

Asociación
Internacional
de la
Seguridad
Social



Conferencia
Interamericana
de
Seguridad
Social



SECRETARÍAS GENERALES DE LA A.I.S.S. Y DE LA C.I.S.S.
EDITADA EN MÉXICO, D. F.

Paseo de la Reforma 476 — 8º piso

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

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

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

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO III

JULIO DE 1954

NÚM. 12

I N D I C E

| | |
|---|----|
| El Régimen de la enfermedad prolongada en la Seguridad social de Francia | 5 |
| <i>Por Clement Michel</i> | |
| El Seguro Social en Haití: | |
| a) <i>Base Social-económica</i> | 17 |
| b) <i>Esquema del Seguro Social</i> | 28 |
| El Salvador: | |
| <i>El Seguro Social en la República del Salvador</i> | 31 |
| <i>Decreto Núm. 37 por el que se establece el reglamento para la aplicación del régimen del Seguro Social</i> | 33 |
| Noticias de Seguridad Social: | |
| a) BÉLGICA.— <i>Régimen provisional de Pensiones de Vejez para los trabajadores independientes</i> | 43 |
| b) BRASIL.— <i>Coordinación de los regímenes de Seguridad Social y ampliación de beneficios</i> | 47 |
| c) CHILE.— <i>Nueva Ley sobre protección a la maternidad</i> | 49 |
| d) PAÍSES BAJOS.— <i>Nuevas disposiciones y modificaciones</i> | 53 |
| I) <i>Régimen de pensiones para la gente de mar</i> | 53 |
| II) <i>Recientes modificaciones en materia de Seguridad Social.</i> | 58 |
| e) SUIZA.— <i>Reformas al Seguro Social</i> | 61 |
| I) <i>Seguro de vejez y supervivientes y prestaciones de asistencia</i> | 61 |
| II) <i>Seguro de accidentes del trabajo en la agricultura</i> | 63 |
| f) URUGUAY.— <i>Nota adicional a la lista de enfermedades profesionales reglamentarias</i> | 66 |

EL REGIMEN DE LA ENFERMEDAD PROLONGADA EN LA SEGURIDAD SOCIAL DE FRANCIA

POR CLEMENT MICHEL

Director de la Federación Nacional de Organismos de Seguridad Social de Francia.

El Seguro de enfermedad prolongada lo instituyó en Francia la Ordenanza de 19 de octubre de 1945, creadora de la Seguridad Social. Esto no obstante, bueno será hacer notar que antes de esta fecha ya se habían introducido ciertas mejoras al principio riguroso que limitaba a los seis meses la duración de prestaciones por causa de enfermedad.

De esta manera, en 1935 se dictó un Decreto-Ley en el cual se precisaba que “el asegurado o el causahabiente cuyo estado necesitase cuidados preventivos o que padeciese una enfermedad que no implicase la cesación del trabajo, recibiría, si había lugar a ello, prestaciones especiales por una duración a lo sumo de dos años...”.

Así, la Caja de Seguros Sociales tenía la posibilidad de atribuir prestaciones más allá del plazo de los seis meses a propuesta del médico que tratase al enfermo y del control médico. Además, por la lectura misma del texto legislativo, se ve que, en principio, se trataba de limitar tal intervención completamente a los casos en que la prolongación del tratamiento médico fuese susceptible de prevenir la presentación de un mal o la agravación de una enfermedad. Por lo demás, se precisaba que el pago de las prestaciones especiales sólo tendría lugar en la medida en que el beneficiario de ellas justificase que seguía normalmente el tratamiento prescrito.

Esta innovación se inspiraba esencialmente, por tanto, en un afán de eficacia sanitaria, pues el automatismo en la concesión de las prestaciones reemplazaba a la apreciación del estado físico de cada asegurado o que tuviese derecho a los cuidados que se dispensaban.

En el mismo sentido pueden señalarse las disposiciones del artículo 33 del Decreto de 19 de marzo de 1936 relativo al paso del seguro de enfermedad al seguro de invalidez. Sabido es que la legislación francesa considera como inválido al asegurado cuya capacidad de trabajo queda reducida a menos de los dos tercios. Ahora bien: el artículo 33 precisaba que hasta el

final del plazo de los seis meses previsto por el seguro de enfermedad el asegurado que presenta un estado de salud que le deja más del tercio de su capacidad de trabajo (no dándole por consiguiente un derecho inmediato a la pensión de invalidez) pero presagiando una invalidez futura, se le podía conceder el reembolso de los gastos de atenciones a *título preventivo* durante un período de seis meses renovable por una vez.

También señalaremos las disposiciones del Decreto de 19 de marzo de 1936 relativo a la prevención de la invalidez y que autorizaba a las Cajas de Seguros Sociales para *aumentar el importe de su participación* en los gastos por cuidado otorgado a los asegurados cuyo estado hiciese probable una invalidez a la expiración del seguro de enfermedad.

Finalmente, también se puede citar que en 1940 se autorizó a las Cajas para conceder "*prestaciones suplementarias*" a sus asegurados o derechohabientes cuyos recursos no llegasen a cierto nivel. Entre estas prestaciones, deben notarse el sostenimiento más allá de los seis meses de enfermedad, de los gastos de atenciones y el aumento de las tasas por los mismos.

Sin embargo, hay que hacer constar que en este caso, se tomaba en consideración la situación social y económica de los beneficiarios, en tanto que en las otras tres disposiciones el énfasis se ponía en el aspecto sanitario y médico.

SUCINTO ANÁLISIS DEL RÉGIMEN DE ENFERMEDAD PROLONGADA

Pero si desde 1935 se había procurado aligerar ciertas prescripciones del seguro de enfermedad, sólo se trataba entonces de medidas fragmentarias que dejaban sin solución gran número de casos particulares. Además, el juego combinado de dichos textos demostró que a veces era muy delicado y complejo. Por último, el problema capital de las prestaciones en especie más allá de los seis meses de la enfermedad, quedaba sin solución.

La Ordenanza del 19 de octubre de 1945 iba a tratar de remediar estas insuficiencias instituyendo el seguro de enfermedad prolongada.

Para tener derecho, o abrir derecho a este seguro, el asegurado debía estar inscrito en el régimen de seguridad social un año antes por lo menos del principio del trimestre en cuyo curso se comprobara la enfermedad médicamente. Además, tenía que haber trabajado¹ durante doscientas cuarenta horas por lo menos en el curso del año, de las cuales sesenta debían corresponder al último trimestre.

El beneficio de enfermedad prolongada puede concederse a los asegurados y a los miembros de su familia, aunque estos últimos no tengan evidentemente derecho a las prestaciones en especie.

¹ Se asimila a los períodos de trabajo los de paro involuntario.

Las prestaciones otorgadas a título de enfermedad prolongada, son, por una parte, el reembolso de los gastos de atención (honorarios de los médicos, farmacia, hospitalización, prótesis, etc.) al 100% de la tarifa, en lugar del 80% del cuadro del seguro de enfermedad, y por otra parte, para los asegurados que dejasen de trabajar, un subsidio mensual igual a la mitad del salario sometido a cotización que percibiese el interesado en el momento de dejar su trabajo (o a los dos tercios de dicho salario cuando el asegurado tuviese, al menos, la carga de tres hijos).

Este subsidio se revaloriza al sobrevenir una elevación general de los salarios relativos a la categoría profesional a que perteneciese el asegurado. De hecho, y por consiguiente, se trata de las mismas prestaciones que las del seguro de enfermedad, salvo la supresión del "ticket moderador".

Pero las prestaciones en cuestión pueden ser concedidas durante una duración de *tres años* a partir del comienzo de la enfermedad. El plazo está abierto para cada afección diferente.

En 1949 se concedió una extensión más, porque, desde entonces, al expirar el plazo de los tres años, la Caja de Seguridad Social puede prolongar, sin *límite de duración*, el reembolso de las atenciones de todo género hasta el 80% de la tarifa, *cuando la continuación de los cuidados fuese tal que permitiese el mantenimiento del sujeto en estado de salud compatible con una actividad profesional*. Aquí, tenemos pues, las preocupaciones del legislador de 1935.

También hay que precisar que la Ordenanza de 1945 dio una gran importancia al problema de la reeducación y de la reclasificación profesional en el cuadro de la enfermedad prolongada.

Por esto, los gastos de estancia en establecimientos de reeducación profesional se cargan a las Cajas de Seguridad Social; igual que, en los casos de retorno al trabajo, el subsidio mensual puede ser continuado, en todo o en parte, por la Caja de Seguridad Social si el asegurado está sometido a reeducación o a readaptación al trabajo.

Finalmente, señalaremos que mientras dure la concesión de las prestaciones a título de enfermedad prolongada, el asegurado y sus derechohabientes, conservan el derecho al beneficio de reembolso de los gastos a título del seguro de enfermedad, y, si es preciso, de enfermedad prolongada por una nueva afección.

Pero importa ahora determinar los casos en que pueda concederse el seguro de enfermedad prolongada.

Hay que reconocer que, en este punto, la Ordenanza de 19 de octubre de 1945 no ha introducido precisiones formales.

En efecto, aparece bien claro que el legislador ha tratado de extender a tres años el plazo de los seis meses del seguro de enfermedad, salvo la curación que pudiera producirse entre este tiempo o la consolidación de un estado patológico que hiciese necesario y posible el paso al seguro de invalidez.

Por lo mismo, se puede pretender que el seguro de enfermedad prolongada debe tender a permitir a los asegurados, que padezcan afecciones de duración larga, continuar cuidando su salud, en tanto su estado lo requiera, mientras no se llegue a una reducción definitiva del 60%, cuando menos, de su capacidad de trabajo. Por consiguiente, teórica y esquemáticamente, el régimen de la enfermedad prolongada tendría que reservarse a las enfermedades susceptibles de ser "recuperadas" socialmente, gracias a un tratamiento prolongado. Como se ve, siempre se trata del mismo principio que animó al legislador de 1935. Tenemos que comprobar, no obstante, que, en su aplicación práctica, las disposiciones de que estamos hablando tomaron enseña un carácter algo diferente.

No es deseable examinar aquí en detalle las modalidades administrativas, bastante complejas, impuestas para la concesión del seguro por enfermedad prolongada. Bástenos indicar que el acuerdo lo toma la Caja de Seguridad Social previo aviso del médico consejero de la Caja, luego que éste ha examinado al enfermo conjuntamente con el médico que le tratare. El beneficio de enfermedad prolongada puede ser retirado al enfermo que no se someta al tratamiento *prescrito por la Caja*, o a la inspección ejercida sobre él por ella, o al que se dedicara a una actividad que se estima incompatible con su estado de salud, o bien al que se rehusa a realizar los trabajos necesarios para su reeducación.

El asegurado que discutiera las decisiones de orden médico tomadas por la Caja, puede apelar a un informe pericial.

ESTADÍSTICAS DE APLICACIÓN

Consideramos útil insertar algunas estadísticas generales sobre el funcionamiento del seguro de enfermedad prolongada. No se habrá olvidado que habiendo sido el plazo máximo de atribución de las prestaciones el de tres años, la aplicación práctica no puede contarse sino desde fines de 1946, y el desarrollo pleno de esta clase de seguro sólo pudo alcanzarse a fines de 1949. Esto es lo que explica la rápida progresión de los datos estadísticos en el curso de estos tres años.

NÚMERO DE BENEFICIARIOS

El cuadro adjunto muestra que el movimiento de elevación del número de beneficiarios continúa desde 1949. La razón de esto debe buscarse en el hecho de que el número de admisiones a la enfermedad prolongada no había adquirido desde 1947 su nivel normal: los asegurados y los médicos, igual que las Cajas y sus médicos inspectores, todavía no habían aprendido a utilizar plenamente las nuevas posibilidades legales. Así es que las "salidas" del

seguro registradas en 1950, 1951 y 1952 (correspondientes a las “entradas” de 1947, 1948 y 1949), fueron inferiores a las admisiones pronunciadas durante el mismo tiempo y de aquí el aumento continuo del número de beneficiarios.

| Año | Altos | Hasta el 31.12 | Total | B A J A S | | | | | Número de beneficiarios en 31.12 |
|------|---------|----------------|---------|-----------|-----------|------------|-----------------------|---------|----------------------------------|
| | | | | Curados | Inválidos | Fallecidos | Extinción de derechos | Total | |
| 1946 | 28.056 | | | | | | | 1.199 | 26.857 |
| 1947 | 111.165 | 26.857 | 138.022 | 8.717 | 3.198 | 1.648 | 1.032 | 14.595 | 123.427 |
| 1948 | 134.818 | 123.427 | 258.245 | 20.648 | 9.620 | 4.232 | 3.687 | 38.187 | 220.058 |
| 1949 | 150.877 | 220.058 | 370.935 | 24.598 | 18.022 | 6.144 | 26.273 | 75.037 | 295.898 |
| 1950 | 179.016 | 295.898 | 474.914 | 27.484 | 19.833 | 8.023 | 43.345 | 98.685 | 376.229 |
| 1951 | 185.344 | 376.229 | 561.573 | 39.452 | 22.568 | 8.427 | 64.031 | 134.478 | 427.095 |
| 1952 | 199.203 | 427.095 | 626.298 | 43.494 | 23.734 | 8.165 | 89.845 | 165.238 | 461.060 |

Tomando en consideración los números de entrada se puede comprobar una tendencia clara a la estabilización: 179.000 en 1950, 185.000 en 1951 y 199.000 en 1952. Igualmente se nota por primera vez, en 1952 un número de “salidas” que se aproxima sensiblemente al de entrada, de modo que puede pensarse que el rendimiento pleno del seguro de enfermedad prolongada ya está alcanzado, sobre poco más o menos.

También es muy interesante notar que más de la mitad de las “salidas” en 1952 fueron pronunciadas por “extinción de derechos”, es decir, por un motivo administrativo, sin que por ello pueda considerarse a los enfermos como curados desde el punto de vista médico, o, tratándose de asegurados sociales, sin que presenten una incapacidad de trabajo suficiente para dar derecho a la invalidez. Tan sólo el 15% de los beneficiarios pudieron ser transferidos a la invalidez y el número de curados antes de la expiración de sus derechos fue de 26%.

Esta comprobación conduce a pensar que el plazo de tres años fijado por la Ordenanza de 1945 es todavía, una vez de cada dos, insuficiente para llevar a término el tratamiento de ciertas afecciones. Más adelante veremos las consecuencias que pueden sacarse de este estado de cosas.

IMPORTANCIA DE LAS DIVERSAS ENFERMEDADES EN LA CONCESIÓN DE LA ENFERMEDAD PROLONGADA

Un examen, aunque sea superficial, de los datos estadísticos, muestra la importancia particular de la tuberculosis, pues representa el 28.69% del to-

tal, del cual el 25.16% corresponde a la tuberculosis pulmonar. Obedece sin duda esta situación a la parte considerable que todavía representa esta afección en la morbilidad de la población francesa; pero también se debe al hecho de que, por naturaleza, responde exactamente a las características del seguro por enfermedad prolongada: larga duración de tratamiento y recuperación probable de los enfermos.

Igualmente puede notarse que las supresiones del seguro de enfermedad prolongada concernientes a tuberculosis pulmonar y consecutivas a la curación, fueron en número de 13.513, de suerte que 7.328 asegurados hubieron de ser cargados a la invalidez. 18.806 enfermos llegaron a la expiración del plazo de tres años sin haberse curado y sin que se les pudiera transferir a la invalidez (sin duda se trataba, en la gran mayoría de estos casos de derechohabientes, cónyuges y niños que, por consiguiente, no podían ser titulares de una pensión de invalidez). Finalmente, hubo 5.983 enfermos pulmonares a quienes aprovechó la prolongación de los cuidados otorgados por la ley de 1949.

En segundo lugar, pero mucho detrás de la tuberculosis, se encuentran las enfermedades de los órganos genitales femeninos (5.19%) y luego la psicosis y la psiconeurosis (5.07%).

Luego vienen las enfermedades del estómago y el duodeno (menos el cáncer), con cifras de 4.73%; las artritis y reumatismo, excepto el reumatismo articular agudo (con 4.12%); las enfermedades respiratorias diversas, con 3.57%, los tumores malignos, con 3.52% y las enfermedades de los huesos, con 3.14%, etc.

Entiéndase bien que estos datos estadísticos son muy distintos que las cuotas de morbilidad correspondientes, porque los criterios empleados para la concesión de la enfermedad prolongada intervienen de una manera distinta según la afección de que se trate. Si la mayor parte de los casos de tuberculosis requieren la enfermedad prolongada, para el cáncer, por ejemplo, las cosas son de otro modo.

Igualmente el estudio de los motivos de eliminación del seguro de enfermedad prolongada, permite comprobar, y sobre esto volveremos más lejos, que las nociones de curabilidad de la enfermedad y de posibilidad de recuperación social del enfermo, no se respetan, de hecho, enteramente.

Por ejemplo: si se nota que sólo el 5% de las eliminaciones son consecutivas a muerte por tuberculosis, se ve que este porcentaje sube a 45% en los tumores malignos. En el mismo sentido puede notarse el alto porcentaje, en la mayoría de casos, de enfermos que han llegado al fin de los tres años sin haber obtenido curación (50% en la psicosis y neurosis, 67% en las enfermedades de los órganos genitales femeninos).

Se puede decir, por consiguiente, que la orientación sanitaria general

dada por el legislador al seguro de enfermedad prolongada, está confirmada en sus grandes líneas, pero no íntegramente. Ya veremos por qué.

GASTOS DEL SEGURO DE ENFERMEDAD PROLONGADA

Del cuadro de gastos ocasionados por el seguro de enfermedad prolongada, se desprenden diversas indicaciones.

Ante todo, el aumento continuo y muy importante de los gastos, el cual se explica, desde luego, por dos razones distintas. La primera de ellas es el crecimiento del número de beneficiarios de que hemos hablado ya. La segunda obedece a la evolución de los precios medicinales, farmacéuticos y de hospitalización, como también a las revisiones sucesivas de salarios que repercuten directamente sobre el total de gastos mensuales. Cuando se comparan los porcentajes de aumento registrados, año tras año, a causa de enfermedad prolongada, con los relativos al seguro de enfermedad, se ve una concordancia muy clara desde 1951:

| Años | Enfermedad prolongada | Enfermedad |
|------|-----------------------|------------|
| 1946 | 100 | 100 |
| 1947 | 1.421,53 | 213,53 |
| 1948 | 360,28 | 159,67 |
| 1949 | 201,41 | 140,77 |
| 1950 | 142,94 | 121,03 |
| 1951 | 130,09 | 130,12 |
| 1952 | 135,92 | 123,75 |

La evolución de la masa de gastos de la enfermedad prolongada parece obedecer, por lo menos hasta el momento, a un factor accidental por una parte (período de aplicación) y a un factor general por otra (evolución económica general del país), sin que pueda descubrirse un elemento específico propio del tipo de seguro.

Por el contrario, la repartición de los gastos entre las diferentes rúbricas, es característica en ciertos puntos.

Las indemnizaciones por pérdida de salario que no representan más que el 19% del total de prestaciones del seguro de enfermedad, en el de enfermedad prolongada absorben el 30%. Por lo demás, esta diferencia es normal, porque la gran mayoría de los asegurados admitidos al régimen de enfermedad prolongada cesan en su trabajo, cosa que no sucede en el seguro de enfermedad. Además, la repartición de los gastos entre los asegurados y las demás categorías de beneficiarios (cónyuges, hijos), dá el 69% en la enfermedad prolongada y el 57% en la enfermedad, lo cual permite suponer que los cónyuges e hijos se admiten en menor proporción en la enfermedad prolongada que en la enfermedad en relación con los asegurados.

Del mismo modo la parte de prestaciones que corresponde a los gastos de hospitalización es del 52% en la enfermedad prolongada y de 30% en la enfermedad. También aquí la explicación es evidente y no necesita largos comentarios.

Por el contrario, comprobamos una diferencia en sentido inverso en lo que se refiere a prestaciones farmacéuticas, pues los porcentajes son de 23% en la enfermedad y de 9% en la enfermedad prolongada. Puede pensarse que esta situación es consecuencia lógica de las cifras antes referidas de hospitalización, puesto que no hay gastos farmacéuticos en relación con los asegurados hospitalizados.

Puede decirse de este modo, que el estudio de las masas financieras invertida en la enfermedad prolongada, no revela ninguna anomalía digna de notarse y que los resultados estadísticos se explican bien por las características propias de este seguro.

PROBLEMAS DE APLICACIÓN DEL SEGURO DE ENFERMEDAD PROLONGADA

El seguro de enfermedad prolongada ha tomado por consiguiente un desarrollo considerable e indudablemente constituye uno de los elementos más importantes de la seguridad social francesa.

Pero su aplicación ha evidenciado ciertos problemas nacidos de la dificultad que siempre se presenta al conciliar los imperativos administrativos, financieros o jurídicos, con las realidades sociales y médicas. Vamos a esbozar rápidamente las principales cuestiones de esta clase.

Ya hemos notado la importancia que el legislador concedió a la noción de la eventual recuperación social del enfermo para atribuirle el seguro de enfermedad prolongada. Cualquiera que sea el fundamento teórico de esta concepción, que permita diferenciar por sí sola la enfermedad prolongada de la invalidez, las Cajas de Seguridad Social han tenido que tomar en la práctica una posición más ágil.

Ha desempeñado a este efecto un papel esencial cierto factor psicológico. Los asegurados sociales, en efecto, han aprendido muy pronto a distinguir entre enfermedad prolongada e invalidez, tanto que la negativa, por parte de una Caja, para conceder o mantener la enfermedad prolongada y la decisión de conceder el beneficio de invalidez, ello la interpretan en el sentido de que su estado es incurable. Si esto no presenta graves inconvenientes cuando se trata, por ejemplo, de amputados, no sucede lo mismo con otras afecciones, sobre todo con el cáncer; de modo que sólo por una especie de respeto humano, las Cajas se han visto en la situación de tener que conceder la enfermedad prolongada en casos que no responden estrictamente a la prescripción reglamentaria inicial.

Por otra parte, a menudo, los médicos consejeros experimentan grandes dificultades en cuanto a determinar si la recuperación futura es o no es improbable (en el estado actual de la ciencia médica), o si es probable, teniendo en cuenta el conjunto de elementos que deben tomarse en consideración. Entramos aquí en un terreno muy delicado y complejo y que implica una parte importante de juicios subjetivos; así es que el pronóstico social de un mismo estado patológico puede ser diferente según que se trate de un enfermo joven o de un enfermo de edad más avanzada. ¿Pero cuál será la edad precisa que ha de marcar el límite? ¿No se tratará más bien de apreciar la edad fisiológica que muchas veces no corresponde con la del estado civil?

En casos de duda, por ligera que sea, deberá estarse evidentemente a la solución más favorable para el asegurado.

Otro orden de dificultades procede de la posibilidad que se deja a las Cajas para suprimir el beneficio de enfermedad prolongada cuando el enfermo no siga el tratamiento suficiente y conveniente estimado por el control médico. Esta disposición ha permitido, sin duda, una acción interesante de los médicos consejeros para intervenir cerca de los médicos de tratamiento a fin de precisar determinados diagnósticos o tratamientos terapéuticos. Pero a veces plantea verdaderos casos de conciencia, pues fácilmente se concibe que, ante determinadas enfermedades, el médico de consulta llega a la conclusión de que el tratamiento resultara ineficaz y que sólo una operación quirúrgica permitiría llegar a la curación o a la estabilización. ¿Se podrá entonces imponer al enfermo que se someta a la intervención quirúrgica so pena de que se le tache del seguro de enfermedad prolongada? Seguramente no.

También hay que señalar los problemas relativos a la determinación del diagnóstico cuando haya que precisar si la afección de que se trate es distinta de una primera enfermedad o si es distinta, abriendo derecho de este modo a un nuevo período de indemnización. A veces no hay duda posible en cuanto a esto, pero no siempre sucede otro tanto. Un adolescente que ha sufrido una primera infección tuberculosa que requirió una colocación en un preventivo y largos cuidados reembolsables a título de enfermedad continuada, recae después en una meningitis tuberculosa. ¿Habrà que abrir un nuevo plazo de tres años? ¿Habrà que considerar que se trata de la misma afección? Desde el punto de vista médico, los dos estados no pueden disociarse. Pero no obstante, la interpretación que ha prevalecido de hecho, es la de que la segunda manifestación patológica es distinta de la primera, lo cual permite, por consiguiente, el pronunciamiento de una nueva admisión al beneficio del seguro de enfermedad prolongada.

Estos ejemplos permiten darse cuenta de por qué, y en qué medida, la aplicación que se hizo del seguro de enfermedad prolongada tuvo que exceder de la doctrina que se elaboró en 1945.

No podemos menos de felicitarnos de ello, desde el punto de vista de la protección social de los enfermos que ha resultado mejorada.

Pero cualquiera que sea la agilidad que de este modo ha obtenido la aplicación de la legislación, lo cierto es, que subsisten anomalías y no pocas lagunas que colmar.

He aquí la razón de que actualmente haya proyectos que modifican radicalmente la legislación mediante la fusión de los seguros de enfermedad y el de enfermedad prolongada. Según estos proyectos, se suprime toda limitación de tiempo en lo relativo al reembolso de atenciones que deben mantenerse mientras el estado patológico lo haga necesario. Las indemnizaciones de pérdida de salario se satisfarán hasta el momento de tránsito al seguro de invalidez y por un máximo de tres años.

Todavía no es posible predecir la suerte que corresponderá a estas sugerencias. Si después de todo se estimase así, el seguro de enfermedad prolongada hubiera sido una fase transitoria de una evolución que, partiendo de la estricta limitación a seis meses del régimen de la Ley de Seguros Sociales de 1930, conduciría a el pago de las atenciones médicas sin restricción de tiempo.

Gastos del seguro de enfermedad prolongada. (1)

(En millones de francos)

| Años | Gastos Médicos | Gastos Quirúrgicos | Gastos Farmacéuticos | Cuidados y prótesis dentales | Hospitalización y A. M. G. | Curas termiales | Varios | Total de prestaciones en especie | Subsidio mensual | Total General | Tanto por ciento de aumento |
|------|----------------|--------------------|----------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------|--------|----------------------------------|------------------|---------------|-----------------------------|
| 1946 | 12 | 6 | 10 | — | 18 | — | — | 46 | 98 | 144 | 100 |
| 1947 | 144 | 75 | 136 | 5 | 538 | — | 10 | 908 | 1.139 | 2.047 | 1.421.53 |
| 1948 | 441 | 252 | 463 | 9 | 2.906 | — | 13 | 4.084 | 3.291 | 7.375 | 360.28 |
| 1949 | 717 | 457 | 1.043 | 13 | 7.493 | — | 14 | 9.737 | 5.117 | 14.854 | 201.41 |
| 1950 | 986 | 661 | 1.773 | 15 | 10.988 | 148 | 18 | 14.589 | 6.643 | 21.232 | 142.94 |
| 1951 | 1.388 | 1.005 | 2.443 | 16 | 14.013 | 205 | 8 | 19.080 | 8.540 | 27.620 | 130.09 |
| 1952 | 1.701 | 1.211 | 3.214 | 22 | 19.793 | 244 | — | 26.185 | 11.356 | 37.541 | 135.92 |

Repartición de las prestaciones en especie por beneficiarios

| Años | Asegurados | Cónyuges | Hijas | Ascendientes y Colaterales | Total |
|------|------------|----------|-------|----------------------------|--------|
| 1946 | — | — | — | — | 46 |
| 1947 | — | — | — | — | 908 |
| 1948 | 3.069 | 320 | 695 | — | 4.084 |
| 1949 | 7.026 | 853 | 1.858 | — | 9.737 |
| 1950 | 10.319 | 1.328 | 2.937 | 5 | 14.589 |
| 1951 | 13.273 | 1.807 | 3.992 | 8 | 19.080 |
| 1952 | 18.054 | 2.506 | 5.613 | 12 | 26.185 |

(1) Para dar un término de comparación, recordaremos que los gastos del seguro de enfermedad se elevaron en 1952 a 142 decenas de millones de francos, de los cuales 27 y medio fueron por indemnizaciones de salarios,



... "A previdência social tiene o sentido de atribuir à população ou a parte dela direitos em face de certos acontecimentos previsíveis da vida individual".

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS: A Previdência Social no Brasil e no estrangeiro. Rio de Janeiro, 1950.

