

El Seguro Obligatorio de Enfermedad- Invalidez en Bélgica

Por J. ENGELS

Director del Fondo Nacional del Seguro de
Enfermedad - Invalidez de Bélgica

El régimen belga de seguro obligatorio en los casos de enfermedad o de invalidez fué instituído por el decreto ley de 28 de diciembre de 1944, relativo a la Seguridad Social de los trabajadores, y entró en vigor el 1º de enero de 1945.

La estructura del régimen, la forma de repartir los fondos destinados a cubrir los gastos propios de este sector, las condiciones en que son acordadas las diversas prestaciones y las que deben llenar los asegurados para recibirlas, están determinadas por el decreto del Regente de 21 de marzo de 1945, que fué modificado varias veces, la última de ellas por el Decreto Real de 31 de diciembre de 1952.

Además ciertas disposiciones del Decreto de 21 de marzo de 1945 han sido precisadas por un Reglamento General, cuya promulgación es de la competencia del Comité Permanente del Fondo Nacional del Seguro de Enfermedad - Invalidez.

A.—ESTRUCTURA

Mientras que la mayor parte de los regímenes de seguro obligatorio que se conocen en la actualidad están administrados por un organismo central y único, la administración del seguro obligatorio belga en los casos de enfermedad o invalidez, está confiada, desde el principio, especialmente a las uniones nacionales de federaciones de mutualidad reconocidas. Esta particularidad resulta del hecho de que en el momento en que fué establecido el seguro obligatorio en Bélgica, más de un millón de personas estaban ya libremente aseguradas contra los ries-

INFORMACIONES SOCIALES

gos de enfermedad, invalidez, maternidad y muerte. Los asegurados libres se hallaban agrupados por cinco Uniones Nacionales, de las cuales tres representaban una política bien definida, a saber, la Unión Nacional de las Mutualidades Socialistas, la Unión Nacional de las Mutualidades Cristianas y la Unión Nacional de las Mutualidades Liberales. Por otra parte, existía la Unión Nacional de Mutualidades Neutras, que reunía a los asegurados que no querían afiliarse a ninguna mutualidad de carácter político, y la Unión Nacional de Mutualidades Profesionales, que agrupaba el conjunto de asegurados libres afiliados a las mutualidades creadas por el Patronato.

Estas diversas Uniones Nacionales disponían de servicios organizados tanto en el plan local, como en el regional y nacional. Los autores de la legislación relativa al seguro obligatorio, estimaron que debían mantener esos servicios en lugar de crear otros nuevos y por eso encargaron a las cinco Uniones Nacionales existentes, administrar el Seguro desde el principio.

Se decidió, sin embargo, crear además de las cinco Uniones Nacionales, Servicios Regionales, uno por provincia, que tienen en cierto modo un carácter oficial. Su funcionamiento está asegurado por el Fondo Nacional del Seguro de Enfermedad - Invalidez del que hablaremos luego. Los Servicios tienen por obligación inscribir como asegurados obligatorios a todos los trabajadores que rehusan afiliarse a una Unión Nacional existente o cuya inscripción es rechazada por las Uniones Nacionales. Y hay una particularidad que conviene destacar: las Uniones Nacionales pueden rehusar la inscripción de un trabajador sometido al régimen del seguro obligatorio, especialmente cuando temen que ese trabajador presenta demasiado riesgo de morbilidad, mientras que los Servicios Regionales están obligados a inscribir como asegurado a todo trabajador que lo solicite.

Las Uniones Nacionales y los Servicios Regionales son conocidos bajo la denominación común de organismos aseguradores.

Si es verdad que la administración del Seguro está confiada desde el principio a las cinco Uniones Nacionales y a los Servicios Regionales, el legislador ha previsto un organismo central nacional, al cual ha confiado diversas misiones muy importantes. Este organismo central lleva como título: Fondo Nacional de Seguro de Enfermedad - Invalidez (F.N.A.M.I.).

El Fondo Nacional de Seguro de Enfermedad - Invalidez recibe la parte de las cotizaciones sociales abonadas obligatoriamente por los trabajadores y los empleadores, destinada al seguro de enfermedad-invalidez, lo mismo que las subvenciones acordadas por el Estado, y reparte los fondos que recibe entre las Uniones Nacionales y los Servicios Regionales. El Fondo determina las obligaciones de las Uniones Nacionales, dicta los reglamentos que precisan las condiciones de atribución de prestaciones a los asegurados, fija las reglas de contabilidad que las Uniones Nacionales deben observar y los informes estadísticos que están obligadas a suministrarle.

Además, el Fondo Nacional de Seguro de Enfermedad-Invalidez comprueba si las prestaciones que pueden pretender los asegurados, les han sido acordadas conforme a los reglamentos existentes y asegura el funcionamiento de las comisiones jurisdiccionales encargadas de pronunciarse en caso de litigio entre el asegurado y su organismo asegurador. Finalmente, el Fondo informa tanto a los asegurados como a las Uniones Nacionales sobre sus derechos y obligaciones recíprocas, dentro de los límites legales y reglamentarios en vigor.

La administración general del Fondo Nacional de Seguro de Enfermedad-Invalidez está confiada a dos Comités compuestos de representantes de empleadores, de asalariados y de las Uniones Nacionales admitidas, así como de comisarios del Gobierno y de representantes de los Consejos Técnicos de los cuales hablaremos enseguida.

El Comité Nacional formula el presupuesto y las cuentas de gastos de administración del F.N.A.M.I., propone directamente al Ministro lo que concierne a la nómina y al estatuto del personal del F.N.A.M.I., y asegura el funcionamiento de los Servicios Regionales.

El Comité Permanente distribuye los recursos entre los Servicios Regionales; controla el funcionamiento de las Uniones Nacionales admitidas; prepara los reglamentos que el Fondo debe editar y vigila su ejecución; propone al Ministro del Trabajo y Previsión Social los nombramientos, promociones y despedidas de los miembros del personal del F.N.A.M.I., así como las sanciones a aplicarse; examina todas las cuestiones relativas a la organización y a la reglamentación del Seguro; y propone finalmente, a dicho Ministro las modificaciones que cree útil introducir en la legislación relativa al seguro de enfermedad-invalidez.

En el seno del Fondo Nacional del Seguro de Enfermedad-Invalidez existen consejos "técnicos" llamados a emitir opiniones científicas y técnicas sobre las cuestiones que pertenecen a su competencia: las cuestiones médicas son previamente sometidas a un consejo técnico médico; las de orden farmacéutico a un consejo técnico farmacéutico; los problemas dentales a un consejo técnico dental y aquellos relativos a la invalidez y a las tasas de invalidez a un consejo de la invalidez.

B.—NATURALEZA DE LAS PRESTACIONES ACORDADAS POR EL SEGURO

El seguro obligatorio belga cubre los cuidados médicos y farmacéuticos y acuerda indemnizaciones en caso de incapacidad primaria, de invalidez, de reposo por parto y de muerte.

a) Cuidados de salud

En el dominio de los cuidados de salud se conocen desde el 1º de enero de 1953 dos categorías de prestaciones: las llamadas comunmente prestaciones preferenciales, que los organismos están obligados a conceder, según las tarifas de reembolso y las condiciones determinadas por el Ministerio de Trabajo y Previsión Social y las denominadas comunmente prestaciones facultativas, que los organismos aseguradores pueden acordar en las condiciones y con las tasas de reembolso que ellos mismos determinan.

INFORMACIONES SOCIALES

Son consideradas como prestaciones que los organismos aseguradores están obligados a conceder, las enumeradas a continuación:

- a) —Las intervenciones quirúrgicas importantes, así como las anestias correspondientes a esas intervenciones;
- b) —Los cuidados del parto;
- c) —La hospitalización, de una duración mínima de ocho días, así como las hospitalizaciones en los casos de intervenciones quirúrgicas indicadas en el párrafo a) y por las enfermedades enumeradas en el párrafo d);
- d) —El tratamiento de las enfermedades mentales, cáncer, tuberculosis, lupus y poliomielitis;
- e) —La provisión de ciertos aparatos ortopédicos y de prótesis;
- f) —Ciertos exámenes radiológicos, así como ciertos tratamientos técnicos, radio y radioterápicos, dependientes del especialista;
- g) —Ciertas prestaciones de neuro-psiquiatría; y
- h) —Ciertos análisis de laboratorio.

Para todas estas prestaciones, el asegurado puede hacerse asistir por cualquier persona autorizada legalmente para ejercer la medicina, o en cualquier establecimiento de asistencia u hospitalario, aceptado por el Ministerio de Salud Pública y de la Familia.

Todos los otros cuidados médicos que comprenden especialmente las atenciones médicas generales, las atenciones dentales y las farmacéuticas, son considerados en la categoría de las prestaciones llamadas “facultativas” y en esta materia los organismos aseguradores pueden restringir la libre elección.

Anotamos, sin embargo, que hasta el presente los organismos aseguradores continúan acordando las prestaciones “facultativas” como en el pasado.

b) **Indemnizaciones**

Cuando un asegurado está incapacitado para el trabajo a causa de enfermedad, el seguro le acuerda una indemnización igual al 60% del salario previsto para la categoría de salarios a la que pertenece el asegurado, con un máximo de 114 francos belgas por día. Esta indemnización, **llamada indemnización primaria**, se paga durante 150 días y a condición de que el asegurado no posea sino una **capacidad de ganancia** igual o inferior al tercio de lo que una persona de la misma condición y de la misma formación puede ganar por su trabajo en la misma región. Si el asegurado es obrero la indemnización primaria se paga a partir del cuarto día y si es empleado, desde el trigésimo primer día de su incapacidad para el trabajo.

Cuando el asegurado continúa incapacitado para trabajar al expirar el plazo de 150 días, se le considera como inválido en tanto que su capacidad de ganancia no exceda del tercio de lo que una persona de la misma condición y de la misma formación pueda ganar por su trabajo personal en la misma región. En este caso, él tiene derecho a una **indemnización de invalidez** igual al 60% del salario previsto para la

categoría de salarios a la que pertenece, con un máximo de 114 francos belgas durante los 150 primeros días de su invalidez y un máximo de 96 francos belgas por día a partir del 151º día. Si se trata de un **inválido sin cargas de familia**, la indemnización se reduce a 64 francos belgas diarios desde el 151º día.

La indemnización de invalidez se concede tanto tiempo como el inválido sufra una incapacidad para el trabajo del 66%, o hasta el momento en que alcance la edad para poder pretender su pensión de vejez.

Hacemos notar, finalmente, que cuando un asegurado sin cargas de familia es hospitalizado, no tiene derecho, tanto en el período primario como en el de la invalidez, sino a una indemnización igual al 25% del salario previsto para la categoría del salario a la que pertenece.

En el caso de parto, el seguro paga una indemnización llamada "**indemnización de reposo por parto**" igual al 60% del salario con un máximo de 114 francos belgas por día. Esta indemnización es pagada durante 36 días anteriores al parto, si la asegurada reposa efectivamente. Dicha indemnización no es debida, sino a la mujer que trabaja, es decir, a la mujer que es ella misma afiliada a la Seguridad Social; no corresponde, pues, a la esposa ama de casa, quien mientras su marido sea asegurado obligatorio, tiene sin embargo derecho a la intervención del Seguro en el costo de los cuidados médicos y eventualmente en los gastos de hospitalización que demande su parto.

Señalamos, finalmente, que en caso de muerte de un asegurado antes de los 65 años de edad, el seguro paga a sus derecho-habientes una indemnización, llamada "indemnización de muerte", de un monto igual a 30 veces el salario del fallecido, con un máximo de 30 por 190 francos, o sea 5,700 francos belgas. La indemnización se reduce a 1,000.00 francos, si el asegurado muere después de haber cumplido 65 años.

Hemos dicho anteriormente que el monto de las indemnizaciones del seguro se calcula en función del salario previsto para la categoría de salarios a la cual pertenece el asegurado. Estas categorías de salarios son fijadas por el decreto que determina la estructura del seguro y las condiciones en las cuales son acordadas las prestaciones.

Para el asegurado cuya remuneración diaria media exceda de 120 francos pero no pase de 140, la remuneración se estima en 130 francos. Las demás remuneraciones se estiman en 150 francos (entre 140 y 160); 160 francos (entre 160 y 170); y 170 francos (entre 160 y 180). Para los asegurados cuya remuneración exceda de 180 francos, ésta se estima en 190.

De esto resulta que para las cuatro categorías de salarios que hemos indicado el monto de la indemnización primaria respectiva es de:

Francos	78	(60% de 130 francos)
"	90	(60% de 150 ")
"	102	(60% de 170 ")
"	114	(60% de 190 ")

INFORMACIONES SOCIALES

El salario mínimo de un trabajador manual adulto es de 140 francos por día y en caso de incapacidad primaria disfruta de una renta de 78 francos diarios o 468 semanales.

Para que el lector pueda estimar el valor de compra que representa esta indemnización, reproducimos enseguida los precios medios de algunos productos alimenticios:

Pan	7.50	francos	el kilo
Leche	7.25	„	„ litro
Azúcar (moldes)	14.75	„	„ kilo
Papas	2.50	„	„ „
Café	100.00	„	„ „
Margarina	25.00	„	„ „
Mantequilla	105.00	„	„ „
Carne de vacuno	95.00	„	„ „
Cerdo	90.00	„	„ „

En un próximo artículo expondremos las condiciones de residencia y otras que los asegurados deben llenar para poder demandar las diversas prestaciones del seguro.