

Revista Iberoamericana
DE
SEGURIDAD
SOCIAL

Director: Luis Jordana de Pozas)



Septiembre-October 1956. MADRID Año V.-N.º 5

PRINTED
IN
SPAIN

IMPRESA HIJOS DE E. MINUESA, S. L.
Ronda de Toledo, 22.-Teléfs. 273157 y 273158
M A D R I D

INDICE

Páginas

I.—ESTUDIOS

<i>La nueva legislación de Accidentes del Trabajo en España, por</i> EDUARDO LEIRA	1093
<i>La Seguridad Social en Luxemburgo, por el Dr. DIONISIO BIKKAL.</i>	1125

II.—CRONICAS E INFORMACIONES

Internacional.

Conferencia Internacional de la Familia. — Convocatoria de la Conferencia Internacional de la Familia.....	1161
Cultura y familias rurales.....	1161
Vacaciones familiares.....	1162
Estancia en España del Presidente de la Organización Ibero- americana de Seguridad Social.....	1163
VI Conferencia Regional Americana del Trabajo.....	1163
Reunión Internacional de Ginecólogos en España.....	1163
Conferencia sobre Seguridad Social para los Transportes Inter- nacionales	1164

NOTICIAS IBEROAMERICANAS :

Argentina.

Actualización de las sanciones por incumplimiento de la Pre- visión Social	1164
Programa de cooperación técnica y estudio del Derecho del Trabajo	1165
Mejora para los obreros del Transporte de La Plata.....	1165
Estadística de trabajadores.....	1165
Aumento de jubilaciones en Mendoza.....	1166
Reformas de los Estatutos de la Ley 14.397 en relación con los profesionales	1166
Mejora para los jubilados.....	1167

Brasil.

Huelgas con motivo de los nuevos salarios mínimos.....	1168
--	------

Chile.

Estudio para simplificación administrativa en el Servicio de Seguro Social.....	1168
--	------

Ecuador.

Aumento de las pensiones de jubilación y Montepío.....	1169
--	------

España.

El Director general de la O.I.T. visita España.....	1170
Modificación de salarios y de cotización en los Seguros sociales.	1170
Becas para médicos del Seguro de Enfermedad.....	1171
Los médicos de Empresa.....	1172

Guatemala.

Reunión de Organismos de Seguridad Social de Centroamérica, Méjico y el Caribe.....	1172
--	------

Haití.

Aumento de cotizaciones del Seguro Social.....	1172
--	------

Paraguay.

Conferencias sobre Administración pública para el personal superior del Instituto.....	1173
Firma de Convenio con el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.....	1173
Curso de Capacitación de Funcionarios.....	1174
Revisión del Estatuto Jurídico del Instituto de Previsión Social.....	1174

Perú.

Nueva Unidad Sanitaria.....	1174
-----------------------------	------

Portugal.

Amplia reforma de la Previsión Social.....	1175
--	------

República Dominicana.

La Caja de Seguros inaugura un Consultorio Médico en Haina.....	1175
---	------

NOTICIAS DE OTROS PAÍSES :

Alemania.

Acuerdo entre Alemania e Italia sobre Seguros sociales.....	1175
Acuerdo europeo sobre Seguridad Social.....	1176

Australia.

Cotización del Seguro de Hospitalización.....	1176
Prestaciones farmacéuticas del Servicio Médico de Pensionados.....	1176
Actividades de los Servicios Médicos en el Ejercicio 1954-55.....	1177

Austria.

Convenio sobre Seguros sociales con Italia.....	1177
Extensión de los beneficios del Seguro de Enfermedad.....	1177

Canadá.

Inmigración de grupos de trabajadores especializados y profesionales.....	1178
Régimen federal-provincial de Asistencia por vejez.....	1178
I Conferencia sobre Prevención de Accidentes en los servicios administrativos.....	1179
Notables progresos de la lucha contra el paro estacional.....	1179
Datos de la legislación del Subsidio para ciegos en el primer semestre de 1956.....	1180
Ayuda financiera y técnica al programa federal de Seguro de Hospitalización.....	1180
Condiciones mínimas para las pensiones de vejez solicitadas por las organizaciones sindicales.....	1181
Régimen nacional de pensiones industriales.....	1181
Datos del Subsidio de Invalidez en 1.º de junio de 1956.....	1182
Fusión de las organizaciones laborales y propuesta de un Régimen de Seguridad Social total.....	1182

Estados Unidos.

Ampliación del campo de aplicación de la ayuda familiar.....	1182
Nuevo programa experimental para colocación de trabajadores profesionales.....	1183
Enmienda a la Ley de Retiro Ferroviario.....	1183
Extensión a Puerto Rico y las Islas Vírgenes de la ayuda federal por niños a cargo.....	1184
Nueva rama de Seguro de Invalidez, dependiente del Seguro de Vejez y Supervivencia.....	1184
Resumen de las actividades de la Asistencia pública durante el ejercicio 1955-56.....	1185
Estabilidad de los Convenios de salarios a largo plazo.....	1185

En noviembre próximo alcanzarán la pensión de vejez más de 250.000 mujeres.....	1186
Prestaciones pagadas en el ejercicio 1955-56 por el Seguro de Vejez y Supervivientes.....	1186
<i>Francia.</i>	
El conflicto médico-Seguridad Social.....	1187
Reglamento para la solución de los conflictos laborales.....	1187
Cotización de los estudiantes a la Seguridad Social.....	1188
Revisión de la parafiscalidad.....	1188
Seguro obligatorio para automovilistas.....	1188
<i>Gran Bretaña.</i>	
Recomendaciones de la Comisión Asesora del Seguro Nacional sobre Subsidios Familiares.....	1189
Peligros de la reducción de la edad de retiro.....	1189
50 por 100 del salario a la edad de retiro.....	1190
Movimiento migratorio en la Commonwealth de 1945 a 1952.....	1191
El paro en septiembre de 1956.....	1191
<i>Holanda.</i>	
Régimen nacional de Seguro de Vejez en los Países Bajos.....	1191
<i>Italia.</i>	
Reunión de los dirigentes de la Confederación de los Trabajadores Agrícolas Independientes.....	1196
Protección de los precios de los productos agrícolas.....	1197
Función social de los medios económicos.....	1197
Moral y actividades económicas.....	1197
<i>Nueva Zelanda.</i>	
Nuevas tarifas de las prestaciones de la Seguridad Social.....	1198
Elevación de la pensión básica de jubilación desde abril de 1956.....	1199
Prestaciones pagadas en régimen de reciprocidad con Australia en el ejercicio 1955-56.....	1199
<i>Suiza.</i>	
Seguro privado contra riesgo de ceguera incurable.....	1199
III.—LEGISLACION	
<i>Chile.</i>	
Reglamento orgánico para la aplicación de la Ley núm. 6.174 sobre Medicina preventiva.....	1203
<i>Ecuador.</i>	
Reglamento del Seguro de Cesantía del Empleado.....	1226
IV.—LECTURA DE REVISTAS	
<i>Revistas iberoamericanas.</i>	
ANGEL VEIGA DE CICCO: <i>La inversión de fondos de los Seguros sociales y la estabilidad monetaria</i>	1237
LUIS A. DESPONTÍN: <i>El servicio doméstico se incorpora al Derecho del Trabajo. Su reciente Estatuto es lógica consecuencia del progreso social</i>	1242
MARIO L. DEVEALI: <i>Del sistema jubilatorio al Seguro Social</i>	1250
JOSÉ GÁLVEZ JAIME: <i>El Servicio Nacional de Salud, de Inglaterra.</i>	1254
PEDRO CANO DÍAZ: <i>Contribución a la teoría del Seguro de Enfermedad</i>	1267
Dr. ALEJANDRO GASCA RUIZ: <i>Valoración de la incapacidad para el trabajo en las cardiopatías</i>	1272

De otros países.

LENORE A. EPSTEIN: <i>Recursos económicos de los huérfanos menores de dieciocho años</i> ...	1275
MORELLET, JEAN: <i>Los conflictos de trabajo y su solución</i> ...	1277
SUE OSSMAN: <i>Efectos de la legislación del Seguro de Vejez y Supervivencia, del año 1954, sobre la Asistencia pública</i> ...	1282
U. S. Department of Labor: <i>La legislación de los diferentes Estados en 1955</i> ...	1284
Dr. J. HADRICH: <i>Polémica en torno al Seguro de Enfermedad</i> ...	1287
Dr. J. FREDERIC DEWHURST: <i>Productividad de los Estados Unidos</i> .	1288
O. I. T.: <i>El Servicio Nacional de Salud Pública en Australia</i> ...	1289

V.—RECENSIONES

Castillo Barroso, José: «Los Seguros sociales», tres tomos.—La Habana, enero 1956.—2.499 páginas...	1297
Pinero Giraldo, Roberto. Antropólogo social. — «Departamento Técnico de la Seguridad Social Campesina». — Ministerio del Trabajo. — Estudio de la Zona Tabacalera Santanderina. — Bogotá, 1955	1299
MI. Cabrera Navarro, Víctor: «Seguro de desocupación y de retiro».—Sugerencias para una modificación del artículo 29 del Código de Trabajo (Auxilio de Cesantía).—Imprenta Nacional.—San José de Costa Rica, 1956.	1300
Mahieu, J. M.: «Evolución y porvenir del sindicalismo»—Buenos Aires, 1954. XII + 178 páginas.	1301
Gala Vallejo, César: «La cotización en los Seguros sociales».—Madrid, 1956.—199 páginas.	1303
Oficina Internacional del Trabajo: «Las Cooperativas».—Manual de educación obrera. — Ginebra, 1956. — 166 páginas.	1304
«Onzième rapport annuel».—Office National de Sécurité Sociale.—Exercice 1955.—Bruxelles, 1956.—189 páginas.	1306
«Primer año de labores de SENDAS». Informe presentado por el Secretario ejecutivo de la Institución al señor Presidente de la República. — Del 1 de enero al 31 de diciembre de 1955.—Secretaría Nacional de Acción Social y Protección Infantil.—Junio 1956	1308

I.- ESTUDIOS

LA NUEVA LEGISLACION DE ACCIDENTES DEL TRABAJO EN ESPAÑA

por *Eduardo Leira*

Por Decreto de 22 de junio de 1956 se ha publicado el texto refundido de la legislación de Accidentes del Trabajo (*Boletín Oficial del Estado* de 15 de julio). Este nuevo texto es consecuencia inmediata de la Ley de 22 de diciembre de 1955, que ordenó, en su artículo 5.º, la refundición y la redacción del nuevo Reglamento.

Como en todos los casos de modificación de un régimen jurídico, es imposible tener una medida para determinar la importancia de las novedades introducidas en el sistema. Es nuestro propósito precisamente considerarlas, por lo que parece más sencillo ofrecer al lector tales novedades, para que aprecie la trascendencia de las mismas.

El nuevo texto viene a sustituir al que regía, de 8 de octubre de 1932, y su Reglamento de 31 de enero de 1933, y en él se han integrado las rectificaciones que a lo largo de estos veinticuatro años se han ido produciendo en el Régimen de reparación de Accidentes del Trabajo. Por ello, resulta evidente que, para estudiar lo nuevo de la legislación vigente hoy, sea menester, a nuestro juicio, partir de una consideración somera del Régimen de 1932.

La característica formal, tanto del sistema actual como del anteriormente existente, es la dualidad de textos —legal y re-

glamentario—, con el inconveniente de que en la aplicación diaria de aquél se pierda con facilidad de vista el precepto legal, para aplicar sólo los preceptos reglamentarios, que, por otra parte, en la mayoría de los casos repiten, para después extenderla, la redacción de los artículos de la Ley.

El texto refundido de 8 de octubre de 1932 y el Reglamento de 31 de enero de 1933, que lo desarrolló, recogían las modificaciones introducidas en la legislación anterior por la Ley de Bases de 4 de abril de 1932.

Esta Ley de Bases, y por ende el texto refundido, venían, a su vez, a aplicar en la legislación interna lo que había sido aprobado en los Convenios internacionales de la Oficina Internacional del Trabajo y, concretamente, el acuerdo para reparación de accidentes del trabajo, de julio de 1925 (ratificado por España el 22 de febrero de 1929).

Principios esenciales de esta regulación internacional eran el pago de indemnizaciones en forma de renta para los supuestos de incapacidad permanente o muerte (artículo 5.º) y la existencia de disposiciones que implicasen la efectiva garantía que automáticamente diera eficacia al derecho del accidentado a la percepción de una pensión, contra la insolvencia del patrono o asegurador (artículo 11). (1)

En cuanto al pago de indemnización en forma de renta, se estableció por primera vez en España, mediante la constitución de pensiones en la Caja Nacional de Seguro de Accidentes del Trabajo, creada en el Instituto Nacional de Previsión, y a la cual aludiremos después. Económicamente, esto significaba una diferencia notable en relación con las indemnizaciones anteriormente vigentes, de pago de una cantidad global que ascendía de un mínimo de seis meses a un máximo de veinticuatro de salario.

(1) El Código de Trabajo ya regulaba el Fondo de Garantía. Pero como no estableció una fuente de ingresos, el Fondo fué letra muerta, y, por lo tanto, no ha existido en la realidad hasta 1933.

Este sistema de pago de una cantidad fija y global («dump sum») estaba todavía en vigor en bastantes regímenes, y se consideraba la sustitución por la pensión como una aspiración que debía lograrse, según las Convenciones internacionales.

Todavía la Ley, del mismo modo que el Convenio internacional, preveía la posibilidad de que, a título excepcional, los beneficiarios de la pensión pudieran rescatar el capital si, a juicio de la autoridad competente, acreditaban una inversión adecuada del mismo.

Pero precisamente el aumento de coste que representaba este nuevo método de reparación impulsó al legislador de aquella época a reducir su aplicación tan sólo a la esfera industrial.

Iba a subsistir desde entonces hasta ahora una distinción entre la llamada «pequeña agricultura» (menos de seis obreros fijos, sin empleo de máquinas) (2), a la que se le aplicaba el viejo sistema de indemnización en suma global, frente a la industria y a la agricultura industrializada llamada «gran agricultura» en los términos aseguradores, que entraban en el nuevo sistema. Como veremos después, ésta había de ser una de las fallas del sistema, motivando, además, constantes discusiones sobre la correcta definición de la agricultura. Situación ésta tanto más extraña cuanto que la agricultura, en virtud de la reforma del Decreto de 12 de junio de 1931 (3), había tenido durante un momento (de julio de 1931 a marzo de 1933) un sistema más beneficioso que el de la industria, porque manteniendo las mismas sumas globales de indemnización tenía, en cambio, una mayor garantía en cuanto para los obreros agrícolas se estableció primeramente el Seguro Obligatorio en el mencionado Decreto-Ley.

Este Seguro Obligatorio había existido, por lo menos en el papel, para la agricultura desde esa fecha. También existía

(2) Esta división era arbitraria, como demostraba ya Jordana de Pozas: «Los Accidentes del Trabajo en la Agricultura». 1912.

(3) Elevado a Ley por la de 9 de septiembre.

para determinados accidentes de mar, desde el Decreto de 5 de abril de 1929.

La Ley de 1932 vino a establecerlo de un modo general para todos los obreros industriales.

Este Seguro obligatorio venía a robustecer una vieja tradición, de Seguro facultativo, al que ya se refirió la primera Ley de Accidentes del Trabajo, de 30 de enero de 1900, en su artículo 12.

El Seguro venía desde entonces concertado por dos clases de entidades: una, las Compañías de Seguros, para las que constituía un Ramo específico, y las Mutualidades constituídas por patronos, sin finalidad de lucro.

Si se mantenía, como efectivamente se mantuvo en el Régimen obligatorio entonces nuevo, un criterio de libertad de contratación de Seguro, en virtud del cual las Entidades aseguradoras podían o no concertar el Seguro de Accidentes del Trabajo que el patrono solicitaba, se imponía, como efectivamente se llevó a cabo, la absoluta necesidad de crear una entidad oficial que tuviera como misión esencial aceptar todos los Seguros respecto a los cuales las Entidades aseguradoras privadas no aceptaran el contrato, sirviendo así de órgano regulador. De aquí la constitución de la Caja Nacional de Seguro de Accidentes del Trabajo, que se creó en virtud de esta Ley en el Instituto Nacional de Previsión, con personalidad distinta y con patrimonio también separado.

Pero además, la Ley, consecuente con una finalidad de garantía permanente de la percepción de la pensión, otorgó a la Caja Nacional de Seguro de Accidentes del Trabajo otra misión de extraordinaria trascendencia para el Régimen: la de ser la Entidad receptora de los capitales para servir las rentas a los beneficiarios.

Así, el Seguro de Accidentes del Trabajo se configuró en una forma dual. De una parte, como un Seguro de indemnización por accidentes, en el que, como consecuencia del sinies-

tro (en caso de incapacidad permanente o muerte), la Entidad aseguradora había de abonar el importe del capital coste actuarial de la pensión. Este Seguro se atribuía en concurrencia a las Compañías, las Mutualidades y la Caja Nacional, en un régimen de libertad que sólo había de tener dos excepciones, una consecuencia en definitiva de la otra :

En primer término, según el artículo 147 del Reglamento, la Caja Nacional no podía negarse al concierto de ningún seguro. Esto había de implicar, necesariamente, una selección de riesgos, desafortunada para la Caja, desde el momento en que las Entidades aseguradoras podían negarse a aceptar aquellos riesgos que calificasen de «malos» para el Seguro. La realidad ha venido a demostrar que este peligro había de darse inexorablemente.

De otra parte, y como contrapartida de esa obligación, la Caja Nacional había de recibir, conforme al artículo 91 del Reglamento entonces vigente, todos los seguros de la Administración Pública o de sus concesionarios y contratistas, respecto a los cuales la Caja Nacional había de tener así un monopolio.

El Seguro seguía siendo un convenio entre la Entidad aseguradora libremente elegida por el patrono (salvo aquella excepción antes señalada) y el asegurado. Se reflejaba, aplicando las normas del Derecho privado, en una póliza que en definitiva, al igual que las de los demás Ramos también privados, era previamente aprobada en sus términos por la Administración Pública.

Si bien había una excepción a este principio del mecanismo contractual de Derecho privado en el segundo párrafo del mencionado artículo 147 del Reglamento, que permitía la vinculación de la Caja por el simple mecanismo de la adhesión del asegurado, sin ninguna contestación por parte del asegurador, los principios del Derecho privado se aplicaban a la re-

lación entre asegurador y patrono, regida, por tanto, fundamentalmente por las cláusulas del convenio.

Pero el Seguro tenía un segundo aspecto, consistente en el pago de pensiones, en que la relación se producía tan sólo entre la Entidad aseguradora oficial, receptora de los capitales, y los perceptores de las rentas, salvo los supuestos excepcionales de revisión. Se trataba aquí de un Seguro de Vida en forma de renta vitalicia, cuyo monopolio exclusivo tenía la Caja Nacional.

El tercer papel asignado a la Caja era el de administradora del Fondo de Garantía. Se daba así cumplimiento al principio del Seguro de derecho para aquellos supuestos en que de hecho tal Seguro no existiera.

La Ley proveía varias fuentes de ingresos para el Fondo de Garantía y, sustancialmente, un recargo en las primas de constitución de pensiones por las Entidades aseguradoras. Aquí la Ley seguía el principio del Derecho francés, calificado por los propios autores franceses como de inmoral, puesto que los patronos que cumplen con su obligación de asegurar, pagaban, mediante un recargo en el coste de su Seguro, la falta de cumplimiento de los que no hacían el Seguro. Pero, probablemente no se encontraba en el sistema francés, ni en el establecido en nuestro país, una solución más eficaz de hacer subsistir el Fondo de Garantía.

Sustancialmente, el Régimen significaba el mantenimiento de la vieja fórmula de la responsabilidad patronal por riesgo profesional, creada por nuestra primitiva Ley de 1900, y sobre la cual se superponía el Seguro Obligatorio como una garantía. Hasta la propia estructura del Reglamento acreditaba este sistema de superposición.

Podría decirse que el Reglamento, hasta el artículo 87, establecía normas definidoras de esa responsabilidad patronal. A partir del artículo 87, se regulaba el Seguro como algo si no

independiente sí meramente superpuesto a la regulación anterior (4).

Este sistema ha venido rigiendo en nuestro país desde el año 1933 hasta el año 1956. En el entretanto, ha habido, a nuestro juicio, dos reformas fundamentales:

De una parte, la más importante y la que ha servido, en nuestra opinión, para que el Régimen funcionara adecuadamente, es la introducida por el Decreto de 13 de octubre de 1938.

Se trata, en realidad, tan sólo de una reforma del procedimiento administrativo y contencioso en materia de Accidentes del Trabajo. Pero como suele ocurrir, tales reformas de procedimiento tienen una trascendencia extraordinaria para la aplicación de la Ley material.

Ya antes, en 4 de junio de 1934, se había modificado el artículo 101 del Reglamento, exigiendo una tercera copia de la demanda formulada en materia de Accidentes del Trabajo, y esta pequeña modificación aparente significaba el reconocimiento de la consecuencia indeclinable de un Seguro Obligatorio: la presencia del asegurador, como directamente responsable, ante los Tribunales que habían de entender de las reclamaciones judiciales derivadas de Accidentes del Trabajo.

En la reforma de 1938, fundamentalmente, se encomendaba a la Caja Nacional, como organismo receptor de rentas y encargado, en definitiva, del servicio público de la aplicación de la Ley de Accidentes, unas funciones de valoración de la incapacidad, de fijación del salario y de determinación de los derechohabientes, facultades que, aunque tenían tan sólo un valor puramente provisional, puesto que estaban su-

(4) El método dual por el que se confeccionó el texto del Reglamento acredita esta superposición. Hasta el artículo antes mencionado, se redactó por una Comisión del Consejo de Trabajo (que había sustituido al Instituto de Reformas Sociales). En cambio, la última parte respecto al Seguro fué preparada en el Instituto Nacional de Previsión.

peditadas a lo que los Tribunales laborales resolvieran en definitiva, venían a asegurar a los accidentados una inmediata determinación de su derecho, sometida después al juicio de la Magistratura del Trabajo.

Esta reforma venía a acentuar profundamente el carácter social del Seguro de Accidentes del Trabajo, en el que desde entonces podía producirse, como de «facto» se produce, la posibilidad de que el demandante ante el Tribunal laboral no fuese el accidentado, como hasta entonces sólo había ocurrido, sino que fuese la propia entidad aseguradora, demandando al obrero ya pensionista (5), con la ventaja considerable que esto representaba para la obtención inmediata de los beneficios que la Ley concedía a los accidentados.

En esta misma disposición se complementaba esta modificación del procedimiento administrativo, con otra fundamental en materia contenciosa: la de que la sentencia que reconocía una incapacidad debería ejecutarse con independencia del recurso que contra ella se promoviera. De esta forma, la rapidez en la obtención de beneficios queda asegurada (6).

La segunda modificación importante fué la producida por el Decreto de 23 de septiembre de 1943. A pesar de que se trataba de un simple Decreto y a pesar también de que era la Ley la que establecía la cuantía de las pensiones otorgadas, esta disposición amplió sustancialmente el importe de las rentas percibidas por accidente del trabajo y por los derechohabientes, elevándolas —como decimos— por encima de lo dispuesto en la propia Ley.

(5) El Decreto organizó un Fondo de Compensación, que sirve para reembolsar las pensiones que los Tribunales declaran mal constituidas.

(6) Es de advertir que en el momento actual este carácter ejecutivo de las sentencias tiene, quizá, menor trascendencia porque, debido a las modificaciones introducidas en la Sala V, los recursos de casación en materia laboral y, por tanto, en materia de Accidentes del Trabajo tienen una tramitación rapidísima. Algunos recursos han sido vistos en plazo de tres meses. Nos complacemos en señalar la eficacia de la nueva organización personal de la Sala.

Pero a lo largo de la aplicación de la Ley, quizá el problema más agudo, si no más importante, que fué planteado, consistió en su aplicación respecto a las enfermedades profesionales, y más concretamente a la enfermedad de silicosis, que suscitó desde los primeros años problemas que parecían insolubles en determinadas zonas, como el de las minas de plomo de la provincia de Jaén, en la que el número de incapacidades producidas como consecuencia de esta enfermedad superaba los límites que podía cubrir cualquier Entidad aseguradora.

Nuestra jurisprudencia había, desde los tiempos primitivos (Sentencia de 17 de junio de 1903, de la Sala I), aceptado el principio de que, dentro del concepto del artículo 1.º de nuestra Ley de 1900, venían incluídas ya las enfermedades profesionales (7). Esta solución, tan alabada normalmente por nuestros juristas (8), era, efectivamente, una solución original y justa, pero representaba gravísimos problemas en aquellos lugares en donde la gran densidad de incapacidades, como a la que nos referimos antes, del plomo, impedía prácticamente la cobertura por el Seguro de indemnizaciones.

Ante estos graves problemas, también en este punto podemos asegurar que la gran reforma de la Ley se ha producido por simples Decretos, a partir del de 3 de septiembre de 1941, que ha superpuesto al Seguro ordinario de Accidentes del Trabajo, el Seguro de Enfermedades Profesionales.

A pesar de existir en esta materia una Ley de Bases aprobada en momento histórico crítico, se ha seguido en estos Decretos un sistema distinto, reducido prácticamente a aquellas enfermedades profesionales (silicosis y después nistagmus) respecto a las que el problema económico-social se había planteado en grave forma.

(7) Es curioso que esta posición se defendiera ya por Sánchez Román al comentar la redacción del proyecto. Derecho civil, tomo IV, 1899, pág. 761.

(8) Rafael García Ormaechea: «La enfermedad profesional».

El principio del riesgo profesional de la industria se ha aplicado en este Seguro específico de la manera más exigente, formando Mutualidades estancas integradas por toda la industria afectada y administradas por la Caja Nacional, con el control de los propios asegurados (9). Lo importante para nuestro estudio es que estas reformas han dejado intacta, salvo en la escasa parte del Seguro y la protección sanitaria específica, la aplicación de toda la legislación de accidentes del trabajo.

En los últimos tiempos, la aplicación de la legislación de accidentes del trabajo ha sido afectada por las copiosas disposiciones en materia de salarios. La determinación del salario-base resultaba ardua habida cuenta de la complejidad que habían alcanzado las remuneraciones de nuestros trabajadores en la industria (10). De aquí la publicación de disposiciones, de las cuales la última aplicada, la de 2 de febrero de 1950, era también de una evidente complejidad, por lo que se suscitaron problemas sobre los elementos de remuneración, que tanta trascendencia tienen hoy, como «primas de producción», o «sobreproducción», o «gratificaciones voluntarias» y análogas. Felizmente, el Tribunal Supremo, reaccionando de acuerdo con su tradicional interpretación del concepto de salario-base en accidentes del trabajo, incluyó todos estos conceptos, entre los que debían incluirse para efectos de indemnización.

En esta situación, la Ley de 22 de diciembre de 1955 vino a producir la tan deseable unificación, suprimiendo la irritante injusticia de la agricultura, y estableció, además, unas novedades en el régimen de reparación, la más importante el reconocimiento de una indemnización en capital (por una vez) por la existencia de lesiones permanentes que, no siendo incapacidad, atentan a la integridad física del trabajador.

(9) Puede decirse que es el producto industrial el que paga el riesgo, de tal forma que se ha llegado a aceptar como posibles bases de pago de primas, no la de salarios, sino la de producción.

(10) Baste recordar la enumeración que hasta de 17 conceptos hacía Alonso Olea para el salario de la industria siderúrgica: «Salarios y Seguridad Social».

Pero esta Ley de 22 de diciembre contiene, además, más realista que la anterior, una delegación al poder reglamentario en todo lo que respecta a la determinación de las incapacidades e indemnizaciones. No ocurrirá ya lo que antes señalamos como una extralimitación del Decreto de 29 de septiembre de 1943 (11).

Por último, da también el encargo al Gobierno de que produzca un texto refundido y un nuevo Reglamento. Se sigue así el viejo método de dualidad de textos, que en la realidad significa la única cita del reglamentario.

A) *La unificación de regímenes.*

La primera y fundamental modificación introducida por la Ley de 22 de diciembre, e incorporada a los nuevos textos, es la unificación de regímenes existentes anteriormente.

Especialmente se ha destacado la supresión del régimen especial agrícola, pero no debe desdeñarse otra supresión del régimen de Seguro de Accidentes del Trabajo en el mar, que, a mi juicio, sin razón suficiente, tenía desde 1940 algunos preceptos específicos.

Las cláusulas derogatorias del texto refundido y del Reglamento incluyen específicamente ambos regímenes especiales.

La supresión del régimen agrícola significa terminar con una irritante desigualdad que difícilmente podía justificarse por la escasa potencia económica de nuestro agro.

En primer término, será interesante saber a qué sector agrícola habrá de aplicarse la reforma.

A estos efectos, la agricultura española, hasta enero de 1956, podía estimarse dividida en tres grandes sectores:

El primero, que llamábamos «gran agricultura», integrado

(11) A mi juicio, no hay duda del carácter permanente de esta delegación, atribuida al poder reglamentario. Contra lo que dice Bayón, no deja ningún lugar a dudas el texto refundido: «La nueva legislación de accidentes del trabajo».

por las grandes explotaciones con más de seis obreros fijos o con motores inanimados. Para los obreros trabajando en estos tipos de empresa no ha habido ninguna modificación, porque ya se regían mediante el sistema legislativo de industria.

El segundo comprendía todos los demás propietarios agrícolas que tenían menos de seis obreros y no usaban máquinas a motor. Es específicamente para el sector para el que se ha realizado la reforma.

Hay un tercer sector, que es el del propietario que no emplea obreros, sino que trabaja la tierra por sí mismo o por sus familiares (o es ayudado por vecinos en prestaciones de buena vecindad). Se trata del sector del trabajador «autónomo», de tanta trascendencia en el campo.

Para este último sector, la reforma es de escasa trascendencia, porque el trabajador en tales condiciones no estaba incluido en el Seguro ni antes ni después de la reforma, ya que sólo comprende obligatoriamente a los trabajadores «por cuenta ajena». Sin embargo, el texto refundido no ha olvidado esta grave preocupación, y ha pretendido algún remedio en el «Seguro facultativo», del que luego hablaremos.

Pero continuando el examen de la unificación agrícola, no me ha sido posible encontrar datos estadísticos precisos sobre la importancia de los dos primeros grupos, tanto en cuanto a número de Empresas como en cuanto al más importante dato de los obreros afectados. Ni aun siquiera por el número de pólizas puede medirse aquél, porque las Entidades aseguradoras no publicaban discriminadamente sus pólizas, y el conocimiento de los números relativos de varias aseguradoras no tiene, a mi juicio, valor suficiente.

Son, por tanto, a estos obreros y a estas Empresas agrícolas a las que va a afectar la reforma. A las últimas, mediante un aumento en el pago de primas que establece expresamente la disposición transitoria segunda del Reglamento nuevo a partir de 1 de julio de 1956 sobre las viejas pólizas.

Si intentamos saber cuál sea el aumento de la carga que ha de asumir el propietario nos encontramos, a mi juicio, con datos contradictorios.

De una parte, que el coste por siniestro, si bien en el riesgo de incapacidad temporal no varía nada, aumenta siete veces cuando se trata de incapacidad permanente o muerte (12).

Pero, según esa disposición transitoria antes indicada, se aplicarán las tarifas de la gran agricultura, y, por lo tanto, para discernir el aumento de precio del Seguro, basta comprobar las diferencias entre estas dos tarifas.

Según ellas, las diferencias pueden ser :

Por salarios, en tanto por ciento.

	Pequeña agricultura			Gran agricultura		
	I. T.	I. P.	Total	I. T.	I. P.	Total
Cereales.....	2,75	0,35	3,10	2,75	1,35	4,10
Olivar viñedo.....	2,75	0,30	3,05	2,75	2,00	4,75
Naranjas.....	2,75	0,35	3,10	2,75	1,00	3,75

Por hectárea, en pesetas (13).

Cereales.....	4,80	0,60	5,40	4,80	2,40	7,20
Olivar viñedo.....	9,60	1,00	10,60	9,50	6,90	16,40
Naranjas.....	25,75	3,50	29,25	27,50	9,60	37,10

Pero lo importante es que gran mayoría de las explotaciones agrícolas están pagando el Seguro por el sistema de tarifas denominado de «mínimos fijos» (14). Estos eran exacta-

(12) Véanse los cálculos hechos por alguien tan autorizado como Bayón y Chacón en el trabajo mencionado.

(13) Para todos los cálculos se han tomado los grados intermedios.

(14) En la agricultura (grande o pequeña), la póliza podía y puede concertarse como en la industria, por un tanto sobre los salarios o por un tanto sobre la superficie cultivada (variando el tanto en función de la peligrosidad del cultivo).

En este segundo caso, el de más frecuente contratación, la tarifa establece un mínimo fijo, que el asegurado ha de abonar aunque no alcance la superficie correspondiente.

mente el doble para la pequeña que para la gran agricultura.

Para darse idea de la extensión que comprende este sistema de «mínimos fijos», damos a continuación unas cifras:

Para cereales en secano.....	28 hectáreas.
Para prados en secano.....	56 —
Para dehesas en monte.....	205 —
Para olivar en secano.....	20 —
Para maizal en regadío.....	14 —
Para algodón en regadío.....	14 —
Para huertas en regadío.....	11 —

Creo que podríamos concluir que para la mayor parte de las explotaciones agrícolas afectadas por la unificación, la reforma ha supuesto simplemente duplicar el coste del Seguro.

II. INNOVACIONES EN EL RÉGIMEN DEL SEGURO

El Seguro de Accidentes no ha sufrido en la nueva Ley ningún cambio en su organización. Subsiste íntegramente, y sin variación, el sistema que antes hemos visto caracterizado por la pluralidad de aseguradores y el monopolio del Organismo creado por el Estado para la práctica del Seguro de vida en forma de constitución de rentas vitalicias.

Este Seguro ha sufrido, desde el punto de vista de su valoración actuarial, la misma enorme influencia que la mayor longevidad humana ha producido en el Seguro de vida normalmente contratado por las Compañías para entrega de capitales en caso de muerte. Pero, claro es, en sentido diametralmente opuesto. Mientras que el aumento de la probabilidad de vida, debida a las modernas conquistas de la Medicina, ha trabajado a favor de las Entidades aseguradoras que, o han podido disminuir las primas, o han visto aumentar sus excedentes, aquí, en el Seguro de rentas vitalicias, el fenómeno es al contrario, el pago de las rentas efectivas supera las actuarialmente previstas por el descenso en mortalidad. El Reglamento ha previsto la posibilidad de formar tarifas

basadas en tablas de mortalidad específicamente españolas, fundadas ya en la experiencia nacional.

Subsiste la libertad de elección del asegurador, que antes veíamos constituía el principio del Seguro Directo de Accidentes. Las excepciones antes señaladas se mantienen transcribiendo los textos anteriores vigentes. Se ha incorporado al nuevo texto la excepción creada por Decreto-Ley de 9 de junio de 1954 sobre el Seguro de Puertos, congelando el régimen de coaseguro dibujado en la Orden de 28 de octubre de 1954.

Pero se ha modificado el Seguro en cuanto al ámbito de su obligatoriedad. Una de las modificaciones esenciales introducidas por la Ley de 22 de diciembre de 1955, ha sido la de hacer obligatorio el Seguro respecto a todos los riesgos protegidos, extendiéndole, por lo tanto, a la incapacidad temporal y la asistencia sanitaria.

Cuando se aprobó el régimen anterior de la Agricultura, por Decreto de 12 de junio de 1931, se estableció el principio del Seguro obligatorio de este riesgo a través de Mutualidades. Se partía de la necesidad de organizar una asistencia más útil que la que podía proporcionar el patrono aislado. La realidad es que este precepto no fué cumplido en la mayor parte del territorio nacional, porque la esperanza puesta por el legislador en la creación de Mutualidades no tuvo efectividad.

Pero el principio se ha impuesto en la nueva Ley vigente. De una parte, porque se ha considerado que las organizaciones sanitarias creadas por las varias Entidades aseguradoras y coronadas por la excelente de la Entidad oficial tienen, por su importancia y especialización, una mayor garantía para «la adecuada protección de la integridad personal y la salud de los trabajadores». De otra, la realidad ha acreditado que en un buen número de casos la falta de conexión entre la asistencia sanitaria y el Seguro de incapacidad permanente

ha producido efectos nefastos para la «plena recuperación del mayor número posible de accidentados» (15).

El Reglamento autorizado por la Ley ha otorgado la excepción a las Empresas que tengan la suficiente importancia para garantizar una asistencia suficiente. Esta suficiencia se determina, de una parte, por su importancia laboral (más de 250 obreros), y de otra, por la existencia de instalaciones sanitarias propias, juzgadas bastantes por la Autoridad administrativa.

Pero la modificación de su amplitud ha originado también cambios en el mecanismo del Seguro en la nueva legislación.

En primer término, ésta ya no se llama como antes, «Ley de Accidentes del Trabajo», sino «Ley del Seguro». Esta variación de nombre tiene su correlación en el texto del nuevo Reglamento, del que han desaparecido casi todas las alusiones a la responsabilidad patronal que subsistían en la anterior (es incomprensible alguna alusión que ha permanecido, como la del apartado 14 del artículo 3.º). Verdad es que no se ha llegado a sustituir, en términos generales, la anterior «responsabilidad patronal» por la «responsabilidad del Seguro», como hubiera sido congruente, y así quedan artículos en que se alude a responsabilidad sin mencionar la persona a quien se imputa, por ejemplo, el artículo 3.º, párrafo 1.º, y que evidentemente sólo pueden hacer referencia al asegurador, mientras que otros ya han aplicado la nueva terminología, poniendo al Seguro como la persona que es el titular pasivo de la obligación frente al accidentado. (Artículo 19, la prestación sanitaria, y artículo 44, la indemnización.) (16).

(15) De la exposición de motivos de la Ley de 22 de diciembre de 1955.

(16) Como hace notar Granger en un artículo de la «Revue de Droit Social» roviembre 1955, sólo supervivencias históricas siguen manteniendo en el sistema del Seguro de Accidentes del Trabajo obligatorio consecuencias de un período en que era un Seguro en que el patrono era el «asegurado» contra el pago de una responsabilidad personal. En nuestro sistema, en que todavía, por razón de

Pero, siguiendo aquella línea procesal que destacábamos antes, también ahora se ha llevado al procedimiento la consecuencia de un asegurador completo. Continuando la modificación introducida en el artículo 101 del Reglamento, por el Decreto de 29 de junio de 1934, ahora se obliga a demandar al asegurador aunque no se conozca éste. Si el patrono no menciona, en plazo de séptimo día, quién sea la Entidad aseguradora, la sanción inmediata es el despacho de embargo preventivo contra sus bienes, para asegurar su eventual condena y con intervención del Fondo de Garantía. Dados los términos del artículo 1.252 del Código Civil, a partir de este momento toda enajenación que realice entrará dentro de la presunción de fraude allí establecida.

Otra innovación (a mi juicio, más aparente que real) se ha producido en el mecanismo del Seguro.

Este se había mantenido en nuestro sistema como un contrato entre asegurador y patrono, regido inicialmente por las normas del Código Mercantil para las Compañías que trabajaban con prima fija, y del Código Civil para las Mutualidades que percibían cuotas de reparto según la clásica división del artículo 380 del Código de Comercio (17). La jurisdicción competente era, por tanto, la ordinaria civil.

Pero al mismo tiempo, incorporado al pleito laboral planteado por el accidentado al asegurador, éste podía y debía ser condenado por la jurisdicción del trabajo, que no quería entrar en las relaciones que se calificaban de derecho privado entre el asegurador y el patrono.

Se producía así lo que he calificado de «Seguro automá-

la variación de aseguradores, subsiste aparentemente un «contrato» de Seguro, estas consecuencias son aún muy señaladas. («L'influence de la Sécurité Sociale sur la responsabilité civile».)

(17) Desde el momento en que, por aplicación de la Orden de 30 de marzo de 1949, las Mutualidades hubieron también de cobrar primas fijas, esta dualidad era más discutible, si bien el asegurador, en el supuesto de Mutuas u Organismo oficial, no era comerciante. según exige el citado artículo del Código de Comercio.

tico», porque para el Magistrado de Trabajo le bastaba la existencia del contrato de Seguro para condenar al asegurador (como es natural, si el accidentado acreditaba tener derecho a la reparación).

No había aquí ningún precepto legal que regulara esta situación, y, por lo tanto, la Sala V del Tribunal Supremo hubo de perfilar en numerosas sentencias esta doctrina (18).

Y claro es, frente a la tendencia de las Magistraturas de Trabajo de condenar por el mero hecho de la existencia material de la póliza (supuesto máximo de «automatismo»), el Tribunal Supremo tuvo que admitir un cierto margen de discusión sobre las defensas del asegurador, que negaba eficacia a la póliza, aunque no negara su existencia material. Y así, el Tribunal, manteniendo (aunque sin decirlo expresamente) que la existencia de la póliza era un «hecho» que el Tribunal «ad quo» tenía que declarar, entre los probados para condenar al asegurador, admitió que podía discutirse ante la jurisdicción laboral, no sólo la existencia material del contrato, sino también su existencia o validez legal, en cuanto alcanzara al riesgo que se estaba discutiendo, o sea, si concretamente en cuanto al lugar, tiempo y riesgo del siniestro, estaba comprendido en la póliza. A partir de la sentencia de 30 de mayo de 1948, aceptó también la exigencia de que el salario figurara cubierto íntegramente, condenando al patrono por el exceso de cuanto cobrara el accidentado por encima de lo figurado en la póliza.

El nuevo texto reglamentario ha venido a plasmar, intentando darle una mayor concreción y claridad, esta doctrina jurisprudencial.

Expresamente se ha recogido el principio de que corresponderá a la jurisdicción laboral conocer de los supuestos de

(18) Puede verse el desarrollo concreto de la misma en el trabajo de Bayón Chacón: «El valor del contrato de Seguro de Accidentes del Trabajo ante la jurisdicción laboral», en Estudio en honor del profesor García Oviedo, 1954.

falta de Seguro, detallados en el artículo 8.º (artículo 170). Y en ese artículo 8.º se configura como falta o ausencia material del Seguro, que la póliza no cubra en el tiempo, en el lugar, emplazamiento, peligrosidad, o en la cuantía del Seguro, el riesgo concreto.

Hasta aquí era, en definitiva, la tesis jurisprudencial más neta y clara (19).

Pero, además, el artículo 8.º equipara la carencia de póliza a la falta de pago de primas en los plazos estipulados. He aquí rigurosamente una novedad contradictoria con la jurisprudencia anterior. Se ha paliado, estableciendo como norma impuesta en todas las pólizas, que el patrono tenga un plazo de gracia de 30 días naturales para el pago de primas, durante el cual la póliza subsistirá vigente (artículo 88 «in fine») (20).

Este artículo 8.º permitirá, si los Tribunales laborales lo interpretan con un poco de amplitud, integrar más el Seguro de Accidentes del Trabajo entre los sociales, resolviendo los problemas que de su contratación se derivan, con el criterio social que impregna a esta jurisdicción, y facilitando así a los interesados (patrono y asegurador) la resolución rápida de aquéllos, sin tener que acudir al pesado y caro mecanismo del pleito ordinario.

En el sistema del Seguro, el nuevo texto reglamentario ha introducido otra novedad, también consecuencia de la integración del régimen agrícola.

(19) Por eso estimo que no hay la novedad que señala Bayón en la aplicación de la «regla proporcional» a este Seguro: de una parte, porque ya, como hemos visto, la utilizaba la jurisprudencia laboral; de otra, porque siempre le quedaba al asegurador acudir a la jurisdicción civil para exigir su cumplimiento. «La nueva legislación de accidentes del trabajo», pág. 54.

(20) Desgraciadamente, la redacción copiada del clausulado de Seguros privados, establecido por Orden de 15 de enero de 1955, es un ejemplo de subsistencias del régimen del Seguro de responsabilidad. Se dice que el asegurado (patrono) no tendrá derecho a la indemnización, por haberlo tomado de los Seguros privados de riesgos eventuales.

En el régimen industrial sólo cabía como régimen facultativo el de la incapacidad temporal. Pero los demás beneficios que se quisieran establecer (y hay que suponer igualmente que la extensión de aquéllos a personas no protegidas) deberían concertarse mediante póliza diferente de la obligatoria de accidentes del trabajo. Así lo establecía el artículo 37 en la última redacción dada por **D e c r e t o** de 5 de junio de 1953.

Pero en el régimen agrícola, el artículo 86 del Reglamento de 25 de agosto de 1931, había permitido la posibilidad de que en forma voluntaria pudiera ser asegurado el patrono agrícola que trabajaba por sí mismo en las Mutualidades cuya copiosa proliferación por el territorio nacional esperaba el legislador. De «facto», al parecer, ha habido en efecto algunos Seguros de esta índole.

El nuevo texto recoge el principio, ampliándole, porque lo extiende a todo patrono agrícola, industrial o marítimo.

Dada la redacción del artículo 13, a mi juicio, pueden comprenderse en este nuevo Seguro facultativo lo mismo al patrono que trabaje con sus trabajadores que aquel que no los tenga. De esta forma, el trabajador autónomo, tan importante numéricamente en el campo, tiene así la posibilidad de que le sean aplicados los beneficios de este Seguro.

Por último, hay otra novedad que señalar en cuanto al mecanismo del Seguro. Hasta ahora, las Entidades aseguradoras aprobaban un modelo de póliza impresa por el Ministerio. Parecía que esta labor de protección del contratante tenía que determinar la inflexible aplicación de las condiciones aprobadas por la Administración. Pero no era así en la práctica, y era frecuente encontrar cláusulas «particulares» (no autorizadas, naturalmente) que dejaban sin efecto las cláusulas generales autorizadas oficialmente. Frente a esto, el nuevo texto impone con nitidez, en el artículo 86, que toda condición particular que deje sin efecto las establecidas en el

modelo aprobado será nula «ipso jure». A nuestro juicio, se trata de un contrato de adhesión típico, puesto que las partes han de aceptar íntegramente el texto aprobado, sin que al añadir alguna cláusula particular puedan modificarlo (21).

III. NOVEDADES EN MATERIA DE PRESTACIONES DEL SEGURO

La innovación más interesante en materia de prestaciones consiste en la concesión de indemnizaciones en capital, como consecuencia de lesiones definitivas, pero que no representan incapacidades permanentes para el trabajo.

Hasta ahora, desde nuestra primitiva Ley de 1900, nuestro sistema reparaba pérdidas de capacidad para el trabajo. Era sólo esta capacidad de ganancia lo que se reparaba o compensaba. Era, por otra parte, el criterio general mantenido en las legislaciones europeas, hasta la rectificación inglesa de la Ley de 26 de julio de 1945.

Dos razones han producido la rectificación del principio.

Una, de orden político-doctrinal. Es evidente que la concepción estrecha de reparación tan sólo de la capacidad de trabajo significa una también estrecha concepción del hombre-trabajador. Si no es una equiparación con la máquina, se le parece bastante, ya que ve en el obrero sólo proveedor de energía laboral. Es evidente que el trabajador puede y debe ser considerado en su totalidad como hombre que, además de su función laboral, tiene una importante esfera de actividad, que puede quedar limitada con motivo del accidente. Fué, probablemente, la comparación de los regímenes de accidentes del trabajo con los derivados de daños de guerra, la que determinó la preferencia por estos últimos, en que las situaciones merecedoras de indemnización se fijaban sin consideración a la

(21) Véase la tesis contraria en Bayón, obra citada, pág. 58.

labor que el siniestrado realizara, tomando en cuenta las lesiones o situaciones enumeradas de manera general (22).

Pero para nuestro país había otro argumento práctico de indudable importancia. Las Entidades aseguradoras se enfrentaban muy repetidamente con deformaciones o mutilaciones, por ejemplo, de dedos, que sostenían no constituían incapacidad permanente parcial. El obrero, por el contrario, aseguraba que «no había quedado como antes», lo que era cierto, desde luego, en cuanto a su integridad anatómica. De aquí una zona vidriosa en la que, aplicando íntegramente el Reglamento, no había incapacidad permanente parcial, pero era seguro el pleito. Prohibida totalmente la transacción en materia de accidentes del trabajo, la solución correcta era un aumento poco razonable de incapacidades parciales. En la realidad, la transacción ha operado por encima de la Ley mediante cantidades recibidas por el accidentado después de haberse dictado la sentencia declaratoria de no incapacidad. Es esta una corruptela a la que se prestaban las Compañías y Mutualidades y en la que intervenían pasivamente, sin poder hacer nada, los organismos jurisdiccionales (23).

Se pretende terminar con esta situación mediante la concesión de una indemnización en estos supuestos de mutilación que no implique incapacidad permanente. Prudentemente, la nueva legislación ha dado un carácter experimental al baremo que determina las lesiones, que podrá ser variado tan pronto lo reclame la experiencia, por una simple orden ministerial.

Por otra parte, se ha fijado imperativamente para todos los casos la intervención de un Tribunal médico que aplique el baremo bajo el control constante de los inspectores oficiales.

(22) Tal es la explicación por los autores británicos. Véase Shannon and Potter. *The National Insurance (Industrial injuries) Act, 1946*. London, 1946, página 21.

(23) En la práctica, cuando el demandante afirmaba en confesión que seguía trabajando normalmente, no decía sino la verdad.

Respetuoso el legislador con la jurisdicción, es ésta quien decidirá en último término. A la vista de la jurisprudencia en materia de revisión (posibilidad de juzgar sobre la revisión, aunque no hubiera decisión administrativa), cabe preguntarse cuál será la reacción de nuestros Tribunales laborales cuando, demandando una incapacidad permanente parcial, rechacen la demanda, pero consideren la existencia de una mutilación indemnizada según baremo. ¿Se abstendrán de conceder la indemnización hasta que haya resuelto el Tribunal Médico? Parece lo ortodoxo, pero demasiado en contra del principio de economía procesal.

Otra modificación introducida —ésta por el Reglamento— en materia de prestaciones, consiste en la prolongación de la asistencia sanitaria de modo ilimitado en el tiempo.

Hasta ahora, los textos anteriores (artículo 25 del Reglamento derogado) no establecían claramente un límite temporal determinado para la prestación asistencial (24). Pero en la práctica, por el juego de la constitución de la renta cuando habían transcurrido doce meses de la baja, se estimó que dicha constitución era incompatible con la prestación sanitaria. Como se estimara que esta práctica era contradictoria con la correcta interpretación de aquellos textos, se planteó la cuestión judicialmente (25), y el Tribunal Supremo dió la razón a las Entidades aseguradoras, basándose substancialmente en que era necesario determinar *a priori* una limitación en el riesgo asumido por el asegurador. (Sentencias de 15-12-1946, 13-10-1949 y 27-12-1949.)

El artículo 19 del vigente texto reglamentario ha venido a regular la cuestión de manera cuidadosa. La asistencia médica se prolonga en cuanto sea necesaria ilimitadamente. pero a

(24) Véase, a mi juicio, la interpretación razonable de estos textos en el artículo de Felipe Gómez Acebo sobre la asistencia médica en materia de Accidentes del Trabajo, «Revista de Seguridad Social» de 1948.

(25) Iniciativa plausible, debida a la Inspección Técnica de Previsión Social.

partir de los veintitrés meses primeros, la necesidad de la continuación del tratamiento habrá de ser declarada por el Tribunal Médico a que hemos hecho referencia al hablar de las mutilaciones o deformidades. Órgano nuevo, creado por el presente Reglamento, cuya actuación en este como en aquel supuesto, queda supeditada al control jurisdiccional.

La prolongación del tratamiento ha llevado consigo, quizá en beneficio del asegurador, el aumento del plazo para constitución de rentas por incapacidad permanente, que antes era de doce meses. Hoy sólo cuando el accidentado lleva dieciocho meses de asistencia, y ésta ha de seguir, se habrá de constituir la pensión en la Caja Nacional, sin perjuicio de la revisión, si el tratamiento termina con la curación.

Por último, en materia de prestaciones, han de señalarse tres ampliaciones importantes en orden a indemnizaciones.

En primer lugar, la indemnización por incapacidad absoluta se ha elevado del 75 al 100 por 100 (26). Frente a la vieja tesis del «forfait» en la reparación del accidente del trabajo, solución ofrecida como compromiso al comienzo de siglo para hacer posibles las legislaciones de accidentes del trabajo, hoy ya se acepta el más justo principio de la reparación integral del daño causado, es decir, el clásico principio de la compensación completa del perjuicio, que establece nuestro Código Civil en el artículo 1.902, para el caso de culpa (27).

(26) La Ley francesa de 30 de octubre de 1946 había adoptado esa tesis. «Revue de Droit Social», marzo de 1956.

(27) Los efectos de esta equiparación son muy interesantes, pero escapan notoriamente a la extensión de este artículo. Como por efecto del sistema adoptado por Orden de 16 de marzo de 1936, recogido expresamente en el artículo 189 del nuevo Reglamento, el obrero podrá dirigirse contra el tercero responsable por culpa del accidente, pero la Entidad aseguradora tiene preferencia para la recuperación del capital constituido y el obrero sólo percibiría lo que reste; en el caso de incapacidad absoluta, al accidentado no le debe quedar nada, ya que con el régimen de Accidentes ha debido percibir el todo del daño. Las cuestiones que surgen han de ser muy interesantes. En nuestro país, que yo sepa, no se han estudiado; en el Derecho francés puede verse: A. Rouast et M. Giard, «Traité du Droit des Accidents du Travail», número 130 y siguientes.

Si, además, tenemos en cuenta que a este 100 por 100 de renta debe añadirse la sobre-renta que representa la congelación de la percepción del incapacitado en orden a Subsídios Familiares (artículo 47) y su derecho vitalicio a las prestaciones del Seguro de Enfermedad (artículo 56), podrá afirmarse que la situación económica de este inválido absoluto será bastante parecida a la anterior al siniestro (28).

En segundo lugar, se ha modificado el régimen de indemnizaciones para caso de muerte. Se ha dado una redacción más generosa a la definición de los derechohabientes, de una parte, para que comprenda a todos los hijos, sin distinción, puesto que el artículo 51 del nuevo Reglamento sólo exige «que tengan derecho a alimentos según la legislación civil», y, por lo tanto, incluye hasta a los hijos ilegítimos, no naturales, que, según el artículo 139 del Código Civil, tienen derecho a la prestación alimenticia. Sólo elogios tiene esta reforma, que modifica el criterio contrario de la Sala V (29), que negó el derecho a pensión de estos hijos, unidos por vínculo de sangre al muerto (y de cuya ilicitud eran ellos absolutamente inocentes), considerándolos de peor condición que los meramente acogidos por la víctima.

También, respecto a los acogidos, se ha suprimido el requisito formalista de la declaración ante el Ayuntamiento. El Reglamento ha preferido, probablemente, que se corra el riesgo de que haya algún fraude ante la realidad anterior de dejar sin pensión por la falta de un formulismo burocrático totalmente desconocido para los trabajadores.

(28) Abstracción hecha de las variaciones posteriores del salario, problema que no ha sido recogido por la nueva legislación, probablemente por ser incompatibles con un régimen de capitalización individual que, presentando la máxima garantía actuarial, no toma, en cambio, en consideración los problemas tan graves de la depreciación monetaria. En nuestro régimen, ya una vez, por Decreto de 24 de junio de 1954, se han tenido que inventar soluciones o paliativos al terrible problema.

(29) En la comentada sentencia de 4 de abril de 1952.

Pero la modificación más importante en este punto ha sido la sustitución del método para fijar la pensión de la viuda e hijos (como es natural, el supuesto normal en caso de fallecimiento). En la legislación anterior, la pensión era rígidamente igual para la viuda, con uno o varios hijos; en todo caso, el 75 por 100 del salario-base.

En el nuevo Reglamento, y adaptando el criterio del régimen de Montepíos, se concede a la viuda sola una pensión del 50 por 100 (antes era del 37,5), y por cada hijo se incrementa en un 10 por 100, hasta el máximo del 100 por 100.

Salvo el supuesto de viuda con uno o dos hijos, en que el régimen nuevo significará sólo el 60 y el 70 por 100, respectivamente, en los demás casos de más de dos hijos la renta será ahora superior a la antigua.

Un criterio análogo se sigue cuando se trata de descendientes solamente, que percibirán, según su número, del 60 al 100 por 100 de renta.

También los ascendientes han mejorado la renta y, además, se ha dulcificado mucho la exigencia de condiciones, porque la madre viuda que viviese con el muerto, sólo ha de acreditar la pobreza, con lo que se la exime de la justificación del requisito de incapacidad o edad superior a sesenta años.

En tercer y último término, por imposición expresa de la Ley de 22 de diciembre, se ha establecido la transmisibilidad de la pensión a los derechohabientes en todos los casos de muerte de incapacitados permanentes absolutos. Antes, en caso de muerte de un pensionista por incapacidad permanente, sólo percibían pensión sus derechohabientes si la muerte tenía su origen en el accidente (30).

(30) Con la gran limitación que significa el criterio médico llevado al Reglamento, de que sólo si la muerte transcurría en plazo de dos años del accidente, podía ligarse a éste.

Esta situación era razonable cuando se estableció en 1932; pero a partir del momento en que en España se estableció, con una cierta generalidad, el Régimen de Previsión Social de los Montepíos Laborales, resultaba de una injusticia notoria para aquellas clases de incapacitados permanentes que cesaban, efectivamente, de trabajar. Porque era notoriamente falta de equidad que, causando todos los trabajadores afiliados al Montepío una pensión a sus derechohabientes, careciesen de ella los parientes de los obreros que, por razón de accidente y consiguiente cesación en el trabajo, no produjeran aquella pensión. En el nuevo sistema, la revisión por causa de muerte de estos incapacitados se produce automáticamente, sin consideración a plazo o causa de la muerte (artículo 148).

Durante largos años, en España (como en la mayor parte de los países occidentales, en los que los Seguros sociales se implantaron mucho más tarde que el régimen de reparación de accidentes del trabajo), el hecho de que la lesión hubiera sido ocasionada en el trabajo tenía una importancia trascendental: significaba el «todo o nada». Si la respuesta era afirmativa, se recibía el tratamiento sanitario y se percibía la indemnización. Pero se carecía de todo derecho si no existía esa relación de causalidad.

Esta era la situación recogida por el régimen de 1932, y que varió radicalmente al establecerse en nuestro país el Seguro Obligatorio de Enfermedad en virtud de la Ley de 14 de diciembre de 1942. A partir de este momento, subsisten evidentemente diferencias a favor del accidentado de trabajo; pero el derecho a la asistencia sanitaria es inicialmente el mismo, y la indemnización en metálico, aunque también inferior, también se percibe por enfermedad.

Sobre todo, es evidente que el obrero lesionado no puede quedar sin asistencia sanitaria, sea o no accidente del trabajo el origen de su lesión. Por eso hubo de considerarse la posibilidad de una discusión sobre cuál de las Entidades asegura-

doras había de atender al lesionado, y la orden de 31 de marzo de 1952 estableció como principio el de que sea la de Enfermedad, sin perjuicio de recuperación del coste.

El Reglamento nuevo, en su artículo 125, impone al Fondo de Garantía la obligación de pechar con los gastos de la asistencia sanitaria que habrá de prestar la Caja Nacional al trabajador que haya sufrido un accidente, «sin perjuicio de los derechos que le asistan cerca del Seguro de Enfermedad».

A nuestro juicio, este artículo no ha modificado el sistema de la Orden antes referida, puesto que se trata de los supuestos en los cuales hay efectivamente la realidad de un accidente del trabajo.

Por otra parte, el Fondo de Garantía resulta así ampliado en sus funciones como consecuencia del incremento del Seguro Obligatorio, a la prestación de la asistencia sanitaria (a través de la organización sanitaria de la Caja Nacional) y del subsidio por incapacidad temporal.

El Reglamento nuevo ha dedicado todo un capítulo al salario-base, que en el anterior constituía solamente un artículo: el 37.

Pero como ya indicábamos antes, la complejidad de los salarios había determinado la existencia de varias disposiciones que se han integrado en ese capítulo, determinando el método para el cómputo del salario en los varios casos. Lo importante es destacar que el artículo 58, que es el definidor del salario, vuelve por la clásica concepción del salario, como integrado por todo lo que recibe el obrero como contrapartida del trabajo, estableciendo la presunción de que sólo las excepciones allí establecidas pueden deducirse. Se quiere, por tanto, que la indemnización por accidente corresponda, efectivamente, a lo percibido, cualquiera que sea la denominación y naturaleza de la retribución; expresamente, los artículos posteriores hablan de percepciones «voluntarias», concepto, a mi juicio, in-

adecuado (31), pero generalizado en la terminología de nuestro mundo laboral para referirse a cifras por encima de las reglamentarias.

En la nueva legislación queda una serie de conceptos fundamentales que no han sido variados; por ejemplo, el concepto clásico de accidente, que la jurisprudencia ha interpretado ya de manera bastante precisa, para que un cambio hubiera originado dificultades de interpretación difíciles de prever. El de patrono y el de operario o trabajador, si bien en el nuevo Reglamento se ha vuelto a dar vida a párrafos del antiguo artículo 3.º, como el de protección en misiones no encuadradas en su trabajo específico y el de trabajadores por grupos, que habían sido barridos del texto anterior por Decreto de 5 de junio de 1953.

Del mismo modo subsisten los principios definidores de las incapacidades permanentes, manteniendo el concepto genérico de las mismas, fundado en el valor funcional de las lesiones, aunque se enumeren con valor meramente enunciativo aquellas que, en todo caso, constituyen incapacidad permanente, si bien se apuntan algunas novedades en lo que se refiere a esta enumeración, valorando la ceguera parcial con mayor benevolencia y la hernia con una mejor apreciación de la realidad, integrando una incapacidad total si produce el efecto de impedir el trabajo habitual.

Parece razonable terminar este artículo con un juicio de valor de la reforma.

A nuestro juicio, el Seguro de Accidentes, primer régimen de protección social en nuestro país, ha llegado con esta integración a una posición que será difícil superar. Cuando se ha llegado a otorgar el 100 por 100 del salario como pensión y una asistencia sanitaria ilimitada, parece imposible mejorar

(31) Salvo que se considere como consecuencia de la «voluntad de ambas partes» en la relación de trabajo y por oposición a lo abonado por imperativo reglamentario.

el régimen de prestaciones. Quizá, por su ámbito de aplicación, hoy ya tan generalizado, queda sólo la posibilidad de suprimir la excepción del servicio doméstico (32), que debe representar un porcentaje escasísimo dentro del conjunto nacional.

Comparando la situación de nuestra legislación de Previsión Social en este punto concreto de accidentes del trabajo, con los cuadros previstos por la norma avanzada de la Seguridad Social, proyectada por la Oficina Internacional del Trabajo, tanto por nuestras prestaciones como por el ámbito de su aplicación, excede notoriamente de dicha norma (33).

Por eso, a mi juicio, salvo algunas pequeñas modificaciones de detalle, las posibilidades de mejora futura han de configurarse en otra dirección. Hace cerca de medio siglo, el que había de ser uno de los constructores de nuestra actual Seguridad Social, decía :

«En tiempos quizá no muy lejanos, la doctrina
 »del riesgo profesional será mirada como un piadoso
 »artificio imaginado para mejorar la situación de
 »quienes más lo precisaban, pero tan falta de fun-
 »damento cierto como las ficciones ideadas por los
 »romanos para atenuar los rigores de su primitivo
 »derecho. Entonces se verá claramente que no hay
 »diferencia entre las heridas y las enfermedades, ni
 »entre ambas y la vejez, y se impondrá la evidencia
 »de la solidaridad humana y su forma práctica; se
 »prohibirá el negociar con las humanas desdichas, y
 »la Humanidad comprenderá que, siendo muchos
 »sus males, no son tantos que, si todos cooperamos
 »en su remedio, no puedan ser todos acorridos y
 »previstos.» (34).

(32) A pesar de la existencia de un régimen de Seguro «global» para este género de trabajadores, desgraciadamente sin realidad todavía. Ley de 19 de julio de 1944.

(33) Objetivos y norma avanzada de la Seguridad Social. O.I.T., página 174.

(34) «Los accidentes del Trabajo Agrícola en España», Jordana de Pozas, página 167.

A pesar del tiempo transcurrido y de lo mucho que hemos avanzado por este camino, el ideal sigue siendo el mismo. Son ahora los restantes Seguros los que han de ponerse a la altura del de Accidentes del Trabajo, para lograr la finalidad perseguida.

LA SEGURIDAD SOCIAL EN LUXEMBURGO

por el *Dr. Dionisio Bikkal*

I. INTRODUCCIÓN

En el Gran Ducado de Luxemburgo, los trabajadores disponen de una Seguridad Social completa y ejemplar, estando cubiertos los riesgos de enfermedad, maternidad, accidentes del trabajo, invalidez, vejez y beneficios de prestaciones familiares. Asimismo, Luxemburgo está situado entre los países más generosos, por el alto valor de sus prestaciones; sus Leyes de Seguridad Social son una garantía de la paz social e industrial que reina en este pequeño país.

A fin de poder valorar mejor el alcance de sus instituciones sociales, vamos a esbozar el cuadro demográfico en el cual se desenvuelve la fructuosa actividad de sus instituciones.

Luxemburgo tiene una superficie de 2.586 kilómetros cuadrados, y su población es de unos 305.000 habitantes. La riqueza de su pueblo proviene de dos factores: la asiduidad de sus trabajadores y la riqueza de su suelo y de su subsuelo. En efecto, el porcentaje de su superficie cultivada es uno de los más altos en Europa (cereales, patatas, viñas, etc.), y su subsuelo encierra una inagotable cantidad de oro. Por su producción, de 3.225.000 toneladas de acero (1955), Luxemburgo ocupa la cuarta posición en Europa. Si añadimos que los trabajadores están bien pagados, no encontramos nada extraordinario al saber que la renta nacional por cabeza en este país

—943 dólares en 1952— es solamente sobrepasada por los Estados Unidos de América (1.911 dólares) y Suiza (995 dólares), mientras que está seguida por el Reino Unido, con 815 dólares; Francia, con 685; Bélgica, con 672; Alemania Oriental, con 501; Países Bajos, con 586, etc.

Respecto a lo que concierne a la composición de la población activa, encontramos:

Obreros asegurados...	51.835
Obreras aseguradas...	12.417
Rentistas asegurados...	16.929
Funcionarios públicos...	8.961
Empleados comunes...	2.583
Empleados privados...	24.225
Agentes de ferrocarriles...	5.500
Patronos...	26.000
TOTAL	148.450

En los capítulos siguientes presentamos el funcionamiento, la organización y los resultados de las instituciones encargadas de la ejecución de la misión de Seguridad Social.

II. EL SEGURO DE ENFERMEDAD

Historia.—Apenas tuvo el mundo conocimiento de las primeras Leyes sobre los Seguros sociales, introducidas en Alemania en 1883 y 1884 mediante la iniciativa del Canciller Bismarck, cuando el Gobierno de Luxemburgo presentó ya, en 1887, un anteproyecto concerniente a la introducción del Seguro obligatorio de los obreros contra las enfermedades. Esta primera tentativa sobre el terreno del Seguro social vino a parar en la Ley de 31 de julio de 1901, sobre el Seguro obligatorio de los obreros contra las enfermedades. Por medio de esta Ley, Luxemburgo se sitúa entre los primeros países que han estructurado su sistema de Seguro social según el ejemplo clásico alemán, es decir, formando la trilogía de las ramas de Seguro de Enfermedad, Accidentes y Vejez e Invalidez, declarando la

obligación de asegurar a los trabajadores, conservando la distinción entre los obreros y los empleados privados.

La primera reforma de esta Ley fué efectuada por el Código de Seguro Social, de 1925, mientras que una segunda reforma fué practicada en 1954.

Campo de aplicación.—Están asegurados contra el riesgo de enfermedad:

- 1) Obreros, ayudantes, aprendices y domésticos.
- 2) Los beneficiarios de una pensión de vejez, de invalidez o de supervivencia.

Los beneficios de la Ley se extienden a los miembros de la familia, particularmente a:

1. La esposa del asegurado y al conjunto que, por consecuencia de enfermedades crónicas, esté a cargo de la mujer asegurada.

2. A falta de esposa, tienen derecho a las prestaciones la madre, la abuela o la suegra, la hermana o la cuñada, o la hija, aunque sea mayor, que lleve la casa del asegurado o la asegurada y que esté a su cargo.

3. Los hijos, hasta la edad de veintitrés años cumplidos, si efectúan estudios medios, universitarios o profesionales.

Prestaciones.—En caso de incapacidad para el trabajo, la indemnización económica se percibe a partir del tercer día, y se acuerda por un período de veintiséis semanas, a lo más. La indemnización económica es mantenida, después del límite de veintiséis semanas, durante tres meses más si hay probabilidad de que el asegurado pueda volver al trabajo, como mucho, a la expiración de este plazo. La indemnización se eleva a la mitad de la indemnización económica de enfermedad.

En caso de enfermedad del asegurado se otorgan:

La asistencia médica, que comprende los cuidados del médico y los medicamentos. Si la naturaleza de la enfermedad exige un tratamiento en un hospital, las Cajas acuerdan el

transporte, el tratamiento y la hospitalización del enfermo. El tratamiento y la permanencia se conceden, en caso necesario, desde el primer día de la enfermedad y con una duración máxima de seis meses. La familia de un asegurado hospitalizado se beneficia de una asignación igual a la mitad de la indemnización económica de enfermedad.

Prestaciones de maternidad.—Las aseguradas que han estado afiliadas a una Caja de enfermedad durante diez meses, al menos, en los dos años anteriores al alumbramiento, siempre que seis de estos meses sean del año inmediatamente anterior, se benefician de las prestaciones de maternidad siguientes:

a) En el momento del alumbramiento, los cuidados de una matrona, la asistencia médica y farmacéutica y la permanencia en una maternidad o clínica.

b) Una indemnización económica de maternidad igual a la indemnización de enfermedad, durante seis semanas antes y seis semanas después del alumbramiento.

c) Una asignación económica de lactancia durante el período de doce semanas después del alumbramiento. Este importe no puede sobrepasar la cuarta parte de la indemnización de enfermedad.

Indemnización por sepelio.—En caso de muerte de un asegurado, hay asignada una indemnización funeraria, que se eleva a veinte veces el importe del salario normal del asegurado. Los Estatutos pueden aumentar esta indemnización hasta cuarenta veces el salario normal del asegurado, y el mínimo no puede ser inferior a 1.500 francos.

Socorros familiares. — La asistencia médica se otorga, en caso de enfermedad, a la familia. Las prestaciones de maternidad se conceden en caso de alumbramiento de la esposa del asegurado, a excepción de la indemnización económica de maternidad.

Por la Ley de 29 de agosto de 1951 se introdujo el *Seguro de Enfermedad a los funcionarios y empleados privados*. Este régimen cubre:

- a) asistencia médico-quirúrgica completa;
- b) Medicina preventiva;
- c) las necesidades farmacéuticas y ortopedia, medios curativos y de socorro y prótesis;
- d) la permanencia en clínicas, hospitales y sanatorios;
- e) en caso de alumbramiento, los cuidados de una matrona o, si es necesario, de un médico;
- f) los gastos funerarios.

En caso de incapacidad para el trabajo, el asegurado tiene derecho, en las veintiséis semanas siguientes al comienzo de la incapacidad, a una indemnización, que se eleva, por cada día, a una sesentava parte de la última remuneración cotizante, y eso a partir del cese del derecho a la remuneración pagable por el patrono.

Recursos financieros.—Los gastos de las Cajas están cubiertos por las cotizaciones. El importe de las cotizaciones está fijado por los Estatutos, pero no pueden pasar del 60 por 100 del salario normal. Los asegurados aportan dos tercios y sus patronos un tercio de las cotizaciones.

En las Cajas de enfermedad, de empleados y funcionarios, los tipos de cotización varían entre 2,7 a 3,9 por 100.

Organismos aseguradores.—En la categoría de obreros hay en Luxemburgo tres Cajas de enfermedad regionales y ocho Cajas de Empresa. Las Cajas regionales son órganos de administración pública. Cada Caja regional comprende secciones financieras especiales para los asegurados ocupados exclusivamente en trabajo de agricultura y servicio doméstico.

Todo jefe de Empresa puede ser autorizado a instituir una Caja de Empresa para sus obreros y empleados; si esta Caja cuenta, al menos, con 500 miembros, los jefes de Empresa

deben sufragar los gastos de administración y remuneración del personal.

Por la Ley de 29 de agosto de 1951, sobre el Seguro de Enfermedad de los funcionarios y empleados privados, han sido creadas las Cajas de enfermedad siguientes:

1) Caja de enfermedad de funcionarios y empleados públicos de Luxemburgo, que funciona desde 1 de enero de 1952. En 1954, el número de asegurados fué de 8.961; la recaudación total, de 24.436.043 francos; el tipo de cotización, 3 por 100, con un tope de cotización de 8.400 francos por mes.

2) Caja de enfermedad de Empleados privados, con sede en Luxemburgo. En 1954, el número de asegurados era de 10.961; las recaudaciones totales, de 27.405.465 francos; el tipo de cotización, de 3,9 por 100, con un tope de 8.400 francos por mes.

3) Caja de enfermedad de empleados municipales de Luxemburgo. El número de asegurados fué, en 1954, de 2.583; las recaudaciones totales, de 6.697.340 francos; el tipo de cotización, 3,3 por 100, con un tope de 8.400 francos por mes.

4) Cajas de enfermedad de los empleados de l'ARBED. En 1954, 2.859 asegurados; recaudaciones totales, de 7.400.347 francos; tipo de cotización, de 3,3 por 100, con un tope cotizante de 5.000 francos.

5) Caja de enfermedad de empleados de la Sociedad HADIR, en Differdange. El número de asegurados fué, en 1954, de 714; las recaudaciones totales se elevaron a francos 1.789.816, con un tipo de cotización del 3,3 por 100 y un tope cotizante de 5.000 francos por mes.

6) Ayuda médica de los ferrocarriles luxemburgueses, en Luxemburgo. Cuenta con 10.193 asegurados (pensionistas y activos), con una recaudación total de 24.658.350 francos. Esta Caja funciona desde el 1 de junio de 1952. Su tipo de cotización es del 3 por 100 del salario, y su tope cotizante, de francos 9.998 por mes.

7) Caja de enfermedad de los empleados de la Sociedad Minera y Metalúrgica de Rodange, que funciona desde el 1 de julio de 1952; 357 asegurados, con una recaudación total de 1.204.396 francos en 1954; tipo de cotización, 2,7 por 100 del salario normal; tope cotizable, 8.400 francos por mes.

Debemos añadir a estas prestaciones que el Decreto granducal de 23 de octubre de 1944 ha creado la Inspección de las Instituciones Sociales, que ejerce el control técnico y financiero de las instituciones sociales, de la Oficina Nacional del Trabajo, en todo lo que concierne al pago de las indemnizaciones de paro forzoso y de todos los otros establecimientos sociales, bajo la autoridad del Ministro de Trabajo y de la Seguridad Social. Es la Inspección de las Instituciones Sociales la que establece la estadística sobre el funcionamiento del Seguro Social, y resume sus resultados en un informe anual.

Datos estadísticos.—El cuadro siguiente recoge la importancia del número de asegurados, las recaudaciones y las reservas de las Cajas de enfermedad de los obreros, de los años 1946 a 1954.

CUADRO NUM. 1

Evolución de las recaudaciones del Seguro de Enfermedad obrero.

ANOS	Número de asegurados	Total de las recaudaciones	Cotizaciones	Fondos de reservas
			<i>Francos</i>	
1946	73.134	132.536.791	124.839.877	15.161.207
1947	77.150	150.393.836	141.660.511	15.428.137
1948	79.988	180.241.489	163.775.714	24.439.714
1949	82.480	187.675.825	177.255.434	27.756.973
1950	83.739	191.745.605	184.468.471	43.712.372
1951	86.284	207.719.742	198.244.134	45.427.344
1952	77.901	217.128.698	208.367.818	44.949.022
1953	79.400	233.970.737	222.196.673	46.322.320
1954	81.181	243.020.551	230.379.847	46.747.597

Igualmente es de un verdadero interés recoger la evolución de las prestaciones del Seguro de Enfermedad, que los datos de los cuadros números 2 y 3 permiten apreciar.

CUADRO NUM. 2

Desarrollo de los gastos en el Seguro de Enfermedad obrero.

AÑOS	Indemnizaciones de enfermedad	Gastos médicos	Gastos farmacéuticos	Gastos de hospitalización
<i>Francos</i>				
1945	20.984.959	16.168.622	12.833.468	7.027.334
1946	34.741.960	33.019.051	31.892.552	10.708.281
1947	39.975.529	39.855.901	44.152.305	12.197.150
1948	41.879.099	40.204.217	51.799.190	12.844.268
1949	50.514.611	44.204.217	59.498.618	14.488.580
1950	44.085.992	46.592.280	61.654.259	15.605.155
1951	45.901.295	50.096.228	70.495.798	16.368.794
1952	55.431.721	48.687.064	69.979.601	16.469.225
1953	60.871.479	55.141.479	73.961.451	16.429.510
1954	59.654.925	62.052.156	80.126.379	18.304.913

CUADRO NUM. 3

Desarrollo de otros gastos en el Seguro de Enfermedad obrero.

AÑOS	Prestaciones de maternidad	Indemnizaciones funerarias	Gastos de administración
<i>Francos</i>			
1945	4.047.610	1.938.910	4.818.704
1946	5.399.601	2.396.999	7.610.532
1947	5.834.439	2.626.978	8.854.872
1948	5.824.804	2.723.145	10.266.654
1949	5.813.736	3.027.647	9.741.636
1950	5.442.182	3.078.780	10.452.238
1951	5.468.240	3.199.417	12.220.742
1952	5.249.142	3.367.138	12.643.081
1953	5.125.984	3.375.494	13.313.732
1954	4.219.517	4.286.466	13.701.389

Resulta de las cifras arriba mencionadas que el crecimiento más marcado de los gastos ha sido la media de los gastos farmacéuticos y médicos, mientras que los relativos a maternidad están caracterizados por una disminución.

La actividad de las Cajas de enfermedad de los empleados privados, en el curso de los tres primeros años de su existencia, se traduce por las significativas cifras siguientes :

	1952	1953	1954
Número de asegurados	33.059	34.650	35.769
	<i>Francos</i>		
Cotizaciones... ..	68.245.482	83.766.717	88.250.825
Recaudaciones totales... ..	73.081.025	88.944.597	93.748.313
Gastos totales... ..	61.753.732	82.036.529	94.694.418
Reservas... ..	27.790.299	36.555.095	45.503.301

III. EL SEGURO CONTRA ACCIDENTES

Historia. — El Seguro contra Accidentes fué introducido en el Gran Ducado de Luxemburgo por Ley de 5 de abril de 1902, mientras que el Decreto del Gran Ducado, de 27 de enero de 1903, fijó su entrada en vigor para el 15 de abril de 1903.

En 1905, el Seguro de Accidentes fué extendido a los trabajadores agrícolas, comprendidos los autónomos.

La Ley de 5 de abril de 1902 previene un período de carencia de trece semanas a cargo de las Cajas de enfermedad regionales y patronales, abolida, sin embargo, por la Ley de 17 de diciembre de 1925.

El Seguro contra las Enfermedades Profesionales fué introducido en 1928. Los accidentes «in itinere» son cubiertos por el Seguro de Accidentes desde 1936.

Campo de aplicación.—Están sometidas al Seguro obligatorio contra los accidentes profesionales todas las Empresas industriales, comerciales, agrícolas y forestales. Son igualmente asegurados obligatoriamente el servicio doméstico, así como los maestros artesanos establecidos por su propia cuenta y los miembros de su familia ocupados habitualmente en la explotación.

Prestaciones.—El asegurado tiene derecho a la reparación

del perjuicio resultante de un accidente. La reparación comprende :

1) El tratamiento médico, medicinas y remedios, y todos los medios capaces de garantizar los resultados del tratamiento, así como la conservación y renovación de estos medios.

2) El pago de una indemnización diaria de los 3/4 del salario normal durante las trece semanas consecutivas al accidente.

3) El pago de una pensión mientras subsista la incapacidad de trabajo, en el caso de que esta incapacidad sobrepase las trece semanas consecutivas al accidente.

Las prestaciones en especie son a partir del primer día de incapacidad de trabajo.

El importe de la renta está fijado en un 80 por 100 de la remuneración media anual en el caso de incapacidad total (renta plena) y a una fracción de la renta plena, que depende del grado de capacidad conservada, en el caso de incapacidad parcial (renta parcial).

Si el accidentado es afectado por una incapacidad de trabajo total y es situado en un estado de impotencia tal que no pueda subsistir sin la asistencia y los cuidados de otro, la renta es mejorada proporcionalmente al grado de impotencia, sin poder, de ninguna manera, sobrepasar la remuneración anual.

Un suplemento del 10 por 100 del importe de la renta es abonado por cada hijo, hasta la edad de cumplir dieciocho años, sin que la renta y el suplemento de la renta reunidos puedan sobrepasar el importe de la remuneración anual.

El importe está calculado según la remuneración anual que el herido ha ganado durante el último año antes del accidente en la empresa donde se ha producido éste.

En caso de fallecimiento de la víctima de un accidente, se abona a la viuda :

1) Una indemnización funeraria, que se eleva a un 1/15 de la remuneración anual.

2) A partir del fallecimiento, una renta a los derechohabientes del herido.

Si el difunto deja viuda e hijos, la renta de viudedad se cifra en un 40 por 100 del salario anual por la viuda, y en un 20 por 100 por cada hijo, hasta la edad de dieciocho años, y sin límite de edad si el huérfano se encuentra, a consecuencia de debilidad física o intelectual, incapacitado para ganarse la vida.

En caso de que la capacidad de trabajo de la viuda quede reducida al menos en un 50 por 100, por consecuencia de una enfermedad u otra causa similar, la renta de viudedad asciende al 50 por 100 de la remuneración anual.

Si el asegurado fallecido deja ascendientes, éstos se benefician en conjunto de una renta anual del 30 por 100 de la remuneración anual de aquél.

Las prestaciones son las mismas, tanto en el sector industrial como en el agrícola-forestal, con las diferencias siguientes:

Siguiendo las disposiciones legales, las pensiones de los siniestrados agrícolas y forestales son calculadas sobre la base de un salario anual medio, fijado cada año por el Gobierno para los diferentes Municipios del país. Las remuneraciones medias anuales que han servido de base en 1955 al cálculo de las rentas son las siguientes:

Treinta mil francos para los obreros adultos y veinticuatro mil para las obreras adultas. Estas cantidades son reducidas: en un 50 por 100, para los adolescentes de menos de catorce años; en un 30 por 100, para los de catorce a diecisiete años; en un 20 por 100, para los de diecisiete a diecinueve años, y de un 10 por 100, para los de diecinueve a veintiún años.

Recursos financieros.—Los gastos del Seguro de Accidentes son cubiertos, al fin de cada año, por las Empresas, por

medio de pago de primas proporcionales a los salarios ganados en cada Empresa y por un coeficiente de la clase de riesgo al que la Empresa pertenece.

Todas las Empresas son clasificadas en clases de riesgos, según el peligro que presentan. Al menos, cada cinco años la tarifa de los riesgos está sometida a una comprobación, tomando en consideración los resultados acusados por las estadísticas.

En 1954, el tipo de cotización más bajo era del 3,61 por 1.000 para el personal de oficina, y el más alto, del 138,49 por 1.000 para el personal de las minas de hierro subterráneas. La carga media del Seguro de Accidentes puede ser valuada sobre un 4,5 por 100 de los salarios.

Según el Decreto granducal de 2 de enero de 1953, el tipo de cotización contratado a pagar por las Empresas agrícolas, cuya extensión no sobrepase dos hectáreas, ha sido fijado como sigue :

110 francos para las Empresas de una extensión igual o inferior a una hectárea.

145 francos para las Empresas de una a una y media hectáreas.

180 francos para las Empresas de una y media a dos hectáreas.

Para las Empresas en que la extensión sobrepase las dos hectáreas, las primas a pagar son fijadas según la extensión de las explotaciones y la naturaleza del cultivo. Por ejemplo: una hectárea de terreno laborable, prado o pasto, 89,45 francos; una hectárea de bosque, 39,75 francos; una hectárea de viñedos, huertas industriales, 238,50 francos, etc.

Organismo asegurador. — El Seguro contra Accidentes se efectúa bajo forma de Seguro mutual entre los jefes de Empresa. Los jefes son miembros de la Asociación de Seguro contra Accidentes. Dos sectores funcionan en esta Asociación:

uno está encargado de la gestión de los asuntos concernientes al seguro de personas ocupadas en las Empresas industriales, comerciales, etc., y el otro sector, de las personas ocupadas en las Empresas agrícolas y forestales.

La Asociación del Seguro contra Accidentes y el Establecimiento del Seguro contra la Vejez y la Invalidez son reunidos en una sola Administración, que lleva la denominación de Oficina de los Seguros Sociales. Las funciones del Presidente de la Oficina de los Seguros Sociales son asumidas por un funcionario nombrado por el Gobierno.

Datos estadísticos.—El número de Empresas inscritas en 1954 en la Sección industrial era de 12.590, y el de cabezas de familia, de 4.050, dando así un total de 16.640 Empresas y familias aseguradas.

He aquí la evolución del Seguro de Accidentes, Sección industrial, de 1945 a 1954:

CUADRO NUM. 4

Recaudaciones y reservas en el Seguro de Accidentes (Sección industrial).

AÑOS	Recaudaciones totales	Primas del Seguro	Reservas
		<i>Francos</i>	
1945	48.435.509	40.997.549	295.928.929
1946	97.611.651	67.655.231	143.633.290
1947	113.367.909	93.607.197	168.846.617
1948	125.646.270	102.924.887	195.237.567
1949	139.320.141	113.909.365	222.440.583
1950	151.751.318	128.465.480	256.789.045
1951	167.806.933	142.163.189	295.981.861
1952	195.900.046	166.117.742	342.110.244
1953	192.468.206	163.542.621	377.099.226
1954	256.092.885	210.949.387	437.989.260

Igualmente, se ve a continuación la evolución de los gastos en el Seguro de Accidentes, en el curso del mismo período.

CUADRO NUM. 5

Gastos en el Seguro de Accidentes (Sección industrial).

AÑOS	Pensiones pagadas	Tratamiento curativo	Enfermedades profesionales	Gastos de administración
<i>Francos</i>				
1945	30.554.662	2.036.978	222.965	3.404.777
1946	73.314.986	3.766.931	454.338	6.016.196
1947	72.332.432	6.326.660	449.910	7.661.198
1948	75.762.421	6.776.428	421.772	9.745.666
1949	87.764.402	8.434.745	624.764	10.505.390
1950	90.650.415	9.281.365	895.510	11.296.146
1951	97.262.077	11.466.965	1.112.117	12.950.817
1952	115.543.566	11.736.988	1.631.622	13.621.817
1953	123.606.597	11.706.148	2.653.193	14.469.556
1954	158.738.415	14.497.015	5.086.516	14.620.619

Resalta en este último cuadro la importancia de las prestaciones, que han aumentado regularmente de un año a otro, y el valor de las cotizaciones, que se ve que han seguido la misma marcha ascendente.

Las mismas afirmaciones pueden ser hechas en relación con la Sección agrícola y forestal, dándose a continuación el detalle de las recaudaciones y los gastos en ella :

CUADRO NUM. 6

Recaudaciones y reservas en el Seguro de Accidentes (Sección agrícola y forestal).

AÑOS	Recaudaciones totales	Contribuciones	Reservas
<i>Francos</i>			
1945	7.746.286	6.724.211	23.575.468
1946	10.799.796	8.056.927	15.889.622
1947	11.465.676	9.238.249	18.760.627
1948	12.827.616	10.673.810	21.928.544
1949	12.444.001	10.216.760	23.540.904
1950	15.277.382	12.651.724	27.424.502
1951	16.057.198	13.422.591	31.148.690
1952	20.289.511	16.065.132	36.905.499
1953	21.738.302	17.431.740	43.124.810
1954	24.192.030	18.627.861	45.320.892

En cuanto a la evolución de los gastos en esta sección del Seguro, el cuadro núm. 7 nos da más amplias indicaciones:

CUADRO NUM. 7

Gastos en el Seguro de Accidentes (Sección agrícola y forestal).

AÑOS	Indemnizaciones, rentas pagadas	Tratamiento curativo	Gastos de administración
		<i>Francos</i>	
1945	3.800.124	767.007	769.112
1946	5.183.740	1.348.656	1.583.997
1947	4.887.862	1.404.755	1.951.857
1948	5.264.459	1.556.582	2.465.390
1949	6.452.187	1.652.400	2.642.064
1950	6.240.233	2.039.052	3.024.140
1951	6.708.788	2.411.155	3.016.132
1952	8.741.790	2.307.673	3.241.035
1953	9.423.403	2.540.205	3.426.459
1954	15.412.654	2.692.537	3.756.694

IV. EL SEGURO DE VEJEZ E INVALIDEZ

Historia.—En el Gran Ducado de Luxemburgo, la idea de asegurar la tranquilidad de los días de vejez tomó cuerpo por primera vez en las cláusulas de la Ley de 16 de enero de 1863, instituyendo las pensiones de retiro de funcionarios del Estado. Esta Ley fundamental fué corregida varias veces, y en último lugar por la Ley de 26 de mayo de 1954.

La Ley de 7 de agosto de 1912 ha creado una Caja autónoma para los empleados comunes. Debemos añadir que los sistemas de pensión de los funcionarios del Estado, empleados comunes, empleados estatales de los establecimientos públicos y de utilidad pública, y los agentes de ferrocarriles, se fundan sobre el principio no contributivo, pero sobre un deber del patrono.

El verdadero Seguro obligatorio de Invalidez y Vejez fué introducido en favor de los obreros por la Ley de 6 de mayo

de 1911, creando el Establecimiento de Seguro Social, órgano de derecho público, en el cual el Presidente es nombrado por el Gobierno.

La evolución de la idea de extensión de la Seguridad Social a otras categorías de asalariados del sector privado ha conducido, en Luxemburgo, a la creación de la Caja de pensión de los empleados privados. Instituída por la Ley de 29 de enero de 1931, está encargada de administrar el Seguro obligatorio de Vejez e Invalidez de los empleados privados. Esta Caja es autónoma y un órgano de derecho público.

Por el momento, los agricultores no se aseguran todavía contra la vejez. Sin embargo, se puede dar por seguro que la creación de una Caja de pensión agrícola se realizará dentro de poco. En efecto, un proyecto de Ley gubernamental, «ad hoc», ha sido preparado ya. Tiene por fin extender las ventajas de la legislación social a los explotadores agrícolas, así como a los miembros de su familia que les ayudan en la empresa.

a) *El Seguro de Vejez e Invalidez de los obreros.*

Campo de aplicación.—Están sometidos al Seguro los obreros, ayudantes, servicio doméstico, aprendices y los artesanos de industria doméstica.

Prestaciones.—Todo asegurado atacado de invalidez permanente que demuestra que ha sido asegurado durante cinco años, al menos, tiene derecho a una pensión de invalidez.

Todo asegurado de sesenta y cinco años que justifica diez años, al menos, como asegurado tiene derecho a una pensión de vejez. La pensión de vejez puede ser percibida a los sesenta y dos años por todo asegurado que lo solicite, justificando cuarenta años, al menos, como asegurado.

Para los extranjeros, el número de años de asegurado está fijado en diez años para la pensión de invalidez, así como para la de vejez.

El derecho a la renta de viudedad se adquiere por la muerte del cónyuge asegurado. La renta de orfandad queda acordada a los hijos legítimos, legitimados, adoptivos y naturales reconocidos.

La pensión de vejez se compone :

- 1) De una parte fija a cargo del Estado, por un monto de 7.080 francos por año.
- 2) De una parte fija a cargo de las Comunas, de 3.450 francos por año.
- 3) De una parte fija a cargo del Establecimiento de Seguro, de 4.380 francos por año; y
- 4) De una mejora anual a cargo del Establecimiento de Seguro, del 1,3 por 100 del total de los salarios por los años anteriores a 1946, y del 1,6 por 100 para los posteriores a este año.

Todos los salarios y partes fijas consideradas tienen como número índice el 100. A este efecto, los salarios de los años 1912 a 1917 son multiplicados por 20; los de 1918 y 1919, por 10; los de 1920 a 1923, por 5; los de 1924 y 1925, por 4; los de 1926 a 1940, por 2,8. Los salarios declarados durante la guerra en RM. se convierten en el tipo de 1 RM. = 17,50 francos. Los salarios declarados en francos por el ejercicio de 1944 son multiplicados por 1,75; los de 1945, por 1,50; los de 1946 y 1947, se consideran por su valor nominal.

Ninguna pensión de un obrero puede ser inferior a francos 27.000 por año. Fuera de la pensión está acordado, por cargas familiares, una indemnización familiar por cada hijo menor de dieciocho años a cargo del titular, que asciende a 1.200 francos por año y por hijo.

La pensión de viudedad está fijada como sigue :

- 2/3 de 7.080 francos, a cargo del Estado.
- 2/3 de 3.450 francos, a cargo de las Comunas.
- 2/3 de 4.380 francos, a cargo del Establecimiento de

Seguro y 50 por 100 de mejoras, que el que queda a cargo de la familia cobra a la muerte del asegurado, o que él cobraría en caso de invalidez.

La pensión de orfandad se eleva a un tercio de la parte fija a cargo del Establecimiento de Seguro y a un 20 por 100 de las mejoras arriba mencionadas. Sin embargo, el conjunto de las pensiones de los sobrevivientes no puede rebasar el monto de la pensión que el asegurado percibía en el momento de su fallecimiento.

Recursos financieros.—La cotización en el Seguro de Vejez se eleva a un 10 por 100 de la remuneración total. Esta cotización se sostiene en partes iguales por el patrono y el asegurado.

Organismo asegurador.—El Seguro de Vejez e Invalidez de los obreros es administrado por la Oficina de Seguro Social. Su Presidente es nombrado por el Gobierno. La Oficina es un órgano de derecho público.

Datos estadísticos.—En 1954, el número de patronos cotizantes se cifra en 18.000, y el de los obreros asegurados, en unos 62.000. El cuadro siguiente nos informa sobre las recaudaciones y las reservas acumuladas en el curso de los años 1945 a 1954.

CUADRO NUM. 8

Evolución de las recaudaciones en el Seguro de Vejez obrero.

ANOS	Recaudaciones totales	Cotizaciones	Intereses, etc.	Subvenciones del Estado	Reservas
1945 ...	119.645.367	68.801.174	3.450.625	41.207.523	187.805.097
1946 ...	248.102.845	143.858.828	7.399.802	65.928.920	280.920.667
1947 ...	281.529.789	208.754.945	8.195.311	66.441.734	426.435.125
1948 ...	401.258.824	288.958.275	13.336.499	95.912.920	634.680.098
1949 ...	489.232.555	330.453.832	32.996.615	121.304.968	1.018.218.936
1950 ...	510.341.379	305.998.892	31.288.845	134.294.798	1.256.709.769
1951 ...	630.595.543	394.539.354	52.421.681	177.022.452	1.561.208.151
1952 ...	740.964.346	427.318.566	67.001.283	239.175.409	1.979.407.652
1953 ...	786.209.979	445.389.787	77.381.677	254.187.800	2.277.587.740
1954 ...	824.563.356	444.872.167	106.372.827	256.895.198	2.690.712.910

Estas cifras nos muestran una cierta disminución en el aumento progresivo de las recaudaciones en cotizaciones después de 1952, lo que puede ser consecuencia de la estabilización de los salarios. En cambio, la importancia de los gastos (cuadro núm. 9) aumenta continuamente en una fuerte proporción.

CUADRO NUM. 9

La evolución de los gastos en el Seguro de Vejez obrero.

AÑOS	Pensiones	Tratamientos curativos	Gastos de administración
	<i>Francos</i>		
1945	80.057.751	3.339.372	3.136.868
1946	118.084.635	2.760.640	6.111.924
1947	130.243.710	2.330.676	7.683.876
1948	178.963.669	2.831.279	10.809.028
1949	215.851.094	3.745.834	11.815.018
1950	248.118.054	3.963.209	12.136.604
1951	307.954.488	4.405.741	13.424.586
1952	417.347.147	5.212.720	15.283.649
1953	464.571.232	6.779.293	16.286.541
1954	607.933.918	5.447.318	17.736.295

b) *El Seguro de Vejez e Invalidez de los empleados privados.*

Historia.—Como ya hemos mencionado anteriormente, la Ley de 28 de enero de 1931 creó una Caja de pensión de empleados privados. El régimen así introducido fué reformado por la Ley de 29 de agosto de 1951, actualmente en vigor, y que rige esta rama de la Seguridad Social.

Prestaciones.—La pensión de vejez se concede a partir de los sesenta y cinco años a aquel que ha cumplido las condiciones requeridas, actualmente de sesenta meses para la pensión de invalidez y vejez. Si la pensión de vejez se solicita antes de los sesenta y cinco años, el tiempo requerido es de ciento ochenta meses.

La pensión de los empleados privados se compone :

- a) de una parte fundamental ;
- b) de una mejora, y
- c) de un suplemento de familia por cada hijo.

La parte fundamental alcanza 15.000 francos, de los cuales 5.800 van a cargo de la Caja de pensión y 8.200 a cargo del Estado y de las Comunas. La mejora anual a cargo de la Caja de pensión se eleva al 16 por 100 del total de las cotizaciones tomadas en cuenta.

El suplemento de familia alcanza a 3.200 francos por año y por hijo (obreros : 1.200 francos).

La pensión de viudedad alcanza los $\frac{2}{3}$ de la parte fundamental y al 60 por 100 de la mejora de la pensión que el asegurado cobraba (obreros : 50 por 100 solamente).

La pensión de orfandad es de $\frac{1}{3}$ de las partes fijas y del 20 por 100 de la mejora de pensión que el asegurado cobraba a su muerte.

Para los huérfanos de padre y madre, la pensión es el doble. El Seguro de los obreros no tiene esta distinción.

Recursos financieros.—El tipo de cotización es del 10 por 100 a partes iguales entre el patrono y el empleado. Existe un tope cotizante, fijado actualmente en 174.000 francos por año.

Datos estadísticos.—En el cuadro núm. 10 presentamos la evolución de las recaudaciones de esta rama de la Seguridad Social durante el período 1945-1954 :

CUADRO NUM. 10

La evolución de las recaudaciones del Seguro de Vejez.

(Empleados privados)

AÑOS	Recaudaciones totales	Cotizaciones	Intereses, etc.	Contribuciones del Estado
<i>Francos</i>				
1947	88.027.688	65.501.150	9.496.377	11.243.048
1948	100.706.243	74.730.830	13.492.411	11.503.937
1949	112.422.807	80.188.120	17.728.249	11.642.357
1950	134.474.803	84.397.446	31.600.082	17.498.696
1951	152.780.904	101.224.227	27.881.092	21.878.799
1952	181.258.971	112.649.606	32.434.101	30.909.882
1953	207.910.735	122.673.819	38.975.840	38.143.912
1954	199.391.964	126.594.948	38.964.842	32.668.326

En el curso del mismo período, la evolución de los gastos y de la formación de reservas se efectúa de la siguiente manera :

CUADRO NUM. 11

La evolución de los gastos en el Seguro de Vejez.

(Empleados privados)

AÑOS	Pensiones pagadas	Gastos de administración	Reservas acumuladas
<i>Francos</i>			
1947	22.694.390	1.740.094	404.394.851
1948	31.795.121	2.147.637	469.417.078
1949	35.307.193	2.334.925	542.447.851
1950	38.480.405	2.471.153	634.679.594
1951	51.183.358	2.889.747	731.124.600
1952	84.103.326	3.316.150	820.043.208
1953	87.149.140	3.252.447	934.571.196
1954	100.152.395	3.479.390	1.028.224.059

La mayoría del patrimonio de la Caja de pensión de los empleados privados ha sido traducida en títulos (472.192.634 francos) y en préstamos (370.236.308 francos).

c) *El Seguro de Vejez e Invalidez de los artesanos.*

Un capítulo especial debe ser reservado al Seguro de Vejez de los artesanos. La legislación social, introducida en favor de este sector de no asalariados, es ejemplar y está basada sobre fundamentos sanos y sólidos.

Historia.—Esta Caja de pensión de los artesanos fué creada por la Ley de 21 de mayo de 1951. Sus disposiciones están actualmente en vigor.

Campo de aplicación.—Están asegurados obligatoriamente todos los artesanos, con excepción de aquellos que han pasado la edad de sesenta y dos años en el momento de entrada en vigor de la Ley correspondiente.

Prestaciones.—Tienen derecho a la pensión de vejez los asegurados que han cumplido sesenta y cinco años. La mujer asegurada tiene derecho a la pensión de vejez a partir de los sesenta y dos años.

Tiene derecho a la pensión de invalidez el asegurado que, por consecuencia de debilidad o enfermedad que se supone permanente, debe renunciar a su Empresa y se encuentra en la imposibilidad de ejercer una ocupación profesional apropiada a sus fuerzas y aptitudes.

El derecho a la pensión arriba mencionada está subordinado al cumplimiento de un período de sesenta meses de Seguro de cotización legalmente cubiertos.

Las pensiones de vejez y de invalidez se componen :

- 1) De una parte fija de 12.000 francos.
- 2) De una mejora de :
 - a) 27 francos por cada cotización mensual de 1.ª clase.
 - b) 34 francos por cada cotización mensual de 2.ª clase.
 - c) 46 francos por cada cotización mensual de 3.ª clase.

La pensión de la viuda es de la mitad, y la de un huérfano, la cuarta parte de la pensión arriba mencionada. Conjuntamente, las pensiones de supervivencia no podrán sobrepasar el monto de la pensión que cobraba el asegurado.

Recursos financieros.—Los asegurados artesanos están desglosados en las tres clases siguientes según su renta profesional. Pertenecen :

- a la clase 1.ª, los asegurados cuya renta no sea superior a 45.000 francos por año ;
- a la clase 2.ª, aquellos cuya renta es superior a 45.000 francos, sin que sobrepasen los 60.000 francos por año ;
- a la clase 3.ª, aquellos cuya renta sobrepase el tope de 60.000 francos por año.

La cotización mensual es de 250 francos en la clase 1.ª, de 320 francos en la clase 2.ª y de 425 en la clase 3.ª

Organismo asegurador.—La Caja de pensiones de los artesanos tiene a su cargo la ejecución del Seguro de Vejez e Invalidez de los artesanos. Su sede es Luxemburgo. Esta Caja tiene el carácter de un establecimiento público y posee personalidad civil. Los gastos de administración corren a partes iguales entre el Estado y la Caja de pensión.

Datos estadísticos.—Los dos cuadros siguientes dan cuenta de las cifras más importantes sobre la actividad de esta Caja de pensión (en francos) a partir del año de su constitución :

CUADRO NUM. 12

La evolución de la Caja de pensión de los artesanos.

AÑOS	Número de asegurados	Recaudaciones totales	Cotizaciones	Rentas, imposiciones, intereses	Contribuciones del Estado
1951...	6.174	20.254.496	19.135.279	120.480	998.737
1952...	6.199	35.506.118	32.590.355	840.119	2.012.422
1953...	6.192	38.582.834	34.311.107	3.431.105	598.433
1954...	6.182	39.480.975	33.881.626	4.648.208	607.917
1955...	6.199	42.489.079	33.587.645	4.849.986	597.331

El cuadro siguiente da una idea del incremento considerable de los fondos de reserva de la Caja de pensión de los artesanos :

CUADRO NUM. 13

La evolución de los gastos del Seguro de Vejez de los artesanos.

AÑOS	Prestaciones	Gastos de administración	Fondos de reserva
		<i>Franco</i>	
1951	1.008.146	573.535	18.568.730
1952	3.521.558	1.317.785	49.210.345
1953	5.567.707	1.169.791	80.713.335
1954	7.456.320	1.191.433	112.465.916
1955	7.959.702	1.194.662	152.782.408

V. LOS SUBSIDIOS FAMILIARES

Remontándonos a los años 1916-17, encontramos en Luxemburgo los primeros signos de los Subsidios familiares, acordados a partir de esta fecha por la industria pesada del país a su personal. El interés del legislador por este nuevo aspecto de la Seguridad Social despertó en 1926, por una iniciativa parlamentaria tendente a crear en el interior de la Oficina de Seguros Sociales una Caja de compensaciones, con vistas a asegurar el servicio de subsidios sociales. Esta proposición no ha llegado a ser Ley, pero los Subsidios familiares fueron sucesivamente acordados por el Estado, las Comunas, los establecimientos públicos, las explotaciones de ferrocarriles, la industria pesada, así como por un buen número de Empresas de menor importancia. Antes de 1935, una treintena de Empresas industriales poseen alrededor de 22.000 asalariados, pagando ya por propia generosidad los Subsidios familiares.

La generalización del régimen de los Subsidios familiares fué introducida por la Ley de 20 de octubre de 1947, que entra

en vigor el 1 de junio de 1947. Esta Ley ha instituido el régimen legal de las prestaciones familiares para los asalariados del Gran Ducado de Luxemburgo. Los Subsidios familiares para los no asalariados (artesanos, etc.) han sido introducidos a partir del 1 de enero de 1954, por el Decreto ministerial de 25 de mayo de 1954.

Campo de aplicación.—El beneficio de los Subsidios familiares está garantizado al conjunto de los trabajadores que en una Empresa industrial, artesana, comercial, agrícola, en una profesión liberal, están ocupados de una manera habitual y mediante sueldo, salario o indemnización. El Estado, los ferrocarriles, las Administraciones comunales, los establecimientos públicos y de utilidad pública deben pagar los Subsidios familiares a sus obreros, empleados y funcionarios.

Prestaciones.—Los subsidios son de dos clases :

- 1) Los subsidios por natalidad se elevan a 5.000 francos por el primer hijo y a 3.000 a cada uno de los siguientes.
- 2) Los Subsidios familiares pagados mensualmente: Estos subsidios se perciben a favor de los hijos legítimos, adoptivos, naturales reconocidos, los nietos que estén a cargo del asalariado, etc., mientras no hayan cumplido los dieciocho años, y sin límite de edad si están imposibilitados para ganarse la vida.

Los cuadros que a continuación damos, dan cuenta de los importes de los Subsidios familiares pagados en este momento por hijo y por familia :

- a) mensualmente, a los asalariados ;
- b) trimestralmente, a los no asalariados.

CUADRO NUM. 14

Escala de Subsidios familiares pagados a los asalariados.

Número de hijos	Por el primer hijo, etc.	Por una familia con hijos
	<i>Francos por mes</i>	
1	444	444
2	444	888
3	444	1.332
4	444	1.776
5	492	2.268
6	540	2.808
7	588	3.396
8	636	4.032
9	684	4.716
10	732	5.448
11	780	6.228
12	828	7.056
13	876	7.932

Este baremo se aplica tanto a las familias de los obreros como a las de los empleados. Los Subsidios familiares para los no asalariados se pagan trimestralmente, según la escala siguiente :

CUADRO NUM. 15

Escala de Subsidios familiares pagados a no asalariados.

Número de hijos	Por trimestre	Por año
	<i>Francos</i>	
1	360	1.440
2	720	2.880
3	1.170	4.680
4	1.620	6.480
5	2.160	8.640
6	2.700	10.800
7	3.240	12.960
8	3.780	15.120
9	4.320	17.280
10	4.860	19.440
11	5.400	21.600
12	5.940	23.700

Recursos financieros.—Los gastos por los Subsidios familiares son cubiertos por las cotizaciones a ingresar por los patronos. Estas cotizaciones están fijadas por grupos de patronos y por medio de repartición sobre los importes de los salarios pagados a los obreros y empleados. Los tipos de cotización varían del 1,6 al 5,4 por 100 para los obreros, y del 2,4 al 4 por 100 para la categoría de empleados.

Organismo asegurador.—Hace el servicio de Caja de compensación, la Oficina de los Seguros sociales para los obreros y la Caja de pensión de los empleados privados para los empleados. Los gastos de gestión de las Cajas de compensación son cobrados por la Caja de Estado. El Estado paga los subsidios de natalidad. Los subsidios trimestrales asignados a los no asalariados corren enteramente a cargo del Estado.

Datos estadísticos. — El cuadro núm. 16 proporciona las cifras relativas a las recaudaciones y gastos de los Subsidios familiares desde el año de su creación hasta 1954.

CUADRO NUM. 16

Régimen de Subsidios familiares de los obreros.

AÑOS	Cotizaciones	Subsidios familiares	Subsidios de natalidad	Gastos de gestión
<i>Francos</i>				
1947	58.530.789	54.336.789	4.194.000	284.456
1948	103.451.920	95.087.920	7.464.000	1.672.415
1949	108.089.920	107.605.184	7.507.000	1.980.295
1950	135.689.572	112.925.564	7.845.000	2.397.044
1951	155.029.955	146.338.565	8.085.000	3.277.887
1952	163.286.169	193.196.242	8.930.000	4.223.066
1953	172.661.809	193.948.302	9.055.000	3.857.248
1954	173.425.828	197.539.764	9.582.000	4.057.626

He aquí, igualmente, las cifras concernientes al régimen de Subsidios familiares de los empleados privados:

CUADRO NUM. 17

Régimen de Subsidios familiares de empleados privados.

AÑOS	Cotizaciones	Subsidios familiares	Subsidios de natalidad	Gastos de administración
<i>Francos</i>				
1948	74.880.853	65.627.600	5.756.000	1.139.449
1949	47.498.421	44.013.055	5.783.000	725.706
1950	53.294.042	48.096.460	3.913.000	736.810
1951	61.382.861	58.919.078	8.457.100	857.049
1952	78.774.397	79.678.462	9.113.200	829.828
1953	81.541.972	81.905.483	8.784.200	848.271
1954	86.141.388	86.138.575	8.611.000	920.517

En 1954, 22.558.182 francos fueron entregados a los no asalariados a título de Subsidios familiares, todo ello a cargo del Estado.

Con el fin de permitir apreciar la generosidad de la legislación luxemburguesa en esta materia, damos cuenta en el cuadro núm. 18 de los datos comparativos de los Subsidios familiares pagados en los principales países de Europa que disponen de un régimen de salario familiar.

CUADRO NUM. 18

Baremos de los Subsidios familiares en Alemania, España, Italia, Francia, Bélgica y Luxemburgo.

N.º de hijos	Alem. Oc.	España	Italia	Francia	Bélgica	Luxembur.
	<i>Marcos</i>	<i>Pesetas</i>	<i>Liras</i>	<i>Frs. franc.</i>	<i>Frs. belgas</i>	<i>Frs. belgas</i>
1	—	—	2.470	—	315	444
2	—	60	4.940	4.894	630	888
3	25	90	7.410	12.924	1.060	1.332
4	50	130	9.880	20.589	1.585	1.776
5	75	175	12.350	30.117	2.280	2.260
6	100	250	15.820	37.782	2.975	2.808
7	125	350	18.290	43.722	3.670	3.396
8	150	475	20.760	49.662	4.365	4.032
9	175	630	23.230	55.795	5.060	4.716
10	200	1.200	25.700	61.742	5.755	5.448

El cuadro núm. 19 nos indicará los baremos arriba mencionados, más los subsidios pagados a las madres no trabajadoras (salario único), calculados en dólares al cambio del día en el mercado libre :

CUADRO NUM. 19

Subsidios familiares más salarios únicos en los países que se mencionan, indicados en dólares americanos.

N.º de hijos	Alem. Oc.	España	Italia	Francia	Bélgica	Luxembur.
	Marcos	Pesetas	Liras	Frs. franc.	Frs. belgas	Frs. belgas
1	—	—	6,50	—	8,30	8,80
2	—	1,50	10,50	12,54	15,60	17,76
3	6,00	2,25	14,50	33,14	25,20	26,64
4	12,00	3,25	18,50	52,79	36,70	35,52
5	18,00	4,37	22,50	77,22	51,60	45,36
6	24,00	6,25	26,50	96,88	66,50	55,02
7	30,00	8,75	30,50	112,10	81,40	67,90
8	36,00	11,90	34,50	127,34	96,25	80,64
9	42,00	15,75	38,50	143,06	111,20	94,32
10	48,00	30,00	42,50	158,40	126,10	108,90

A continuación damos el tipo de cambio que forma la base para estos cálculos :

Un dólar = 4,20 marcos.

40 pesetas.

630 liras.

390 francos franceses.

50 francos belgas y luxemburgueses.

VI. INDEMNIZACIONES POR PARO FORZOSO

Un Seguro por paro forzoso, propiamente dicho, no ha sido todavía introducido en el Gran Ducado de Luxemburgo. Existe, sin embargo, un Reglamento que garantiza la concesión de indemnizaciones a los parados forzosos totales o parciales.

Historia.—La Ley de 6 de agosto de 1921 ha ordenado la participación financiera de las Comunas, patronos y obreros en la indemnización de los socorros de paro. El Decreto del Gran Ducado, de 24 de mayo de 1945, ha sido la primera reglamentación de socorro de paro, y el Decreto de 17 de diciembre de 1952 crea una nueva reglamentación de indemnizaciones de paro.

El Decreto del Gran Ducado, de 30 de junio de 1945, ha creado la Oficina Nacional del Trabajo, que tiene por tarea, entre otras, ejercer un control general y permanente sobre los parados y de resolver, en primer lugar, sobre las demandas de admisión en materia de subsidio, la indemnización de paro.

Campo de aplicación. — Para ser admitido en este socorro, el obrero debe :

1) Tener dieciséis años cumplidos. 2) Presentar una prueba de que no recibe socorro de una Caja de enfermedad. 3) Presentar un certificado de despido entregado por el patrono en cuya casa ha estado trabajando en último lugar, e indicando la fecha, así como los motivos del cese del trabajo. 4) Estar domiciliado en el Gran Ducado y justificar el haber trabajado durante doscientos días, al menos, en los doce meses anteriores al paro.

Prestaciones.—La indemnización diaria de paro está fijada en el 60 por 100 del salario cotizante en materia de Seguro de Enfermedad obrero. El tipo máximo de indemnización es de 132 francos por día. La indemnización de paro está acordada para los parados involuntarios por cada día y a partir del tercer día de declaración del paro. En caso de paro involuntario que no sobrepase de una semana, la indemnización de paro es a partir del primer día. Aparte de la indemnización de paro, los parados continúan cobrando los Subsidios familiares que disfrutaban.

Organismo encargado de la gestión.—Las indemnizaciones y subsidios son pagados a los parados por la Oficina Nacional

del Trabajo, respectivamente, por sus Agencias u Organos regionales.

Recursos financieros.—Las indemnizaciones de paro pagadas son: tres cuartas partes a cargo del Estado y una cuarta parte a cargo de las Comunas.

Datos estadísticos. — La situación del mercado de empleo está caracterizada por escasez de mano de obra y un paro que es casi insignificante. En el transcurso de los meses de invierno, la industria de la construcción sufre un paro estacionario, debido al mal tiempo invernal.

Los datos siguientes permiten darse cuenta del grado de paro en el curso del año 1954:

MESES	Indemnizaciones pagadas	Parados	Porcentaje de paro respecto a la mano de obra asalariada
	<i>Francos</i>		
Enero.....	581.009	586	0,236
Febrero.....	1.074.764	547	0,488
Marzo.....	165.066	18	0,054
Junio.....	42.146	5	0,018
Julio.....	27.630	3	0,010
Octubre.....	27.191	4	0,010
Diciembre.....	27.023	19	0,010

R E S U M E N

Los datos que hemos visto en los capítulos anteriores han demostrado suficientemente el alto valor de la Seguridad Social en Luxemburgo. Nos limitamos aquí a resumir solamente las cifras finales, que hablan en su propio favor.

En primer lugar, importa indicar las cotizaciones soportadas por los patronos y los trabajadores en las diferentes ramas del Seguro Social:

	Francos
Seguro de Enfermedad (obreros).....	230.379.846
Seguro de Enfermedad en empleados públicos y privados.....	88.250.825
Seguro contra Accidentes (industria).....	214.971.896
Seguro contra Accidentes (agrícola y forestal).....	18.704.814
Seguro de Vejez e Invalidez (obreros).....	444.872.167
Seguro de Vejez e Invalidez (empleados privados).....	126.594.948
Subsidios familiares (obreros).....	173.425.829
Subsidios familiares (empleados privados).....	86.141.388
TOTAL.....	1.383.341.715

La participación de obreros y empleados asciende a francos 487.100.500, y el de los patronos, a 896.241.215 francos. La parte del Estado es también importante, especialmente en lo que concierne a su contribución en las rentas e indemnizaciones de Seguro de Vejez e Invalidez de los obreros y empleados y en los gastos de gestión en las diferentes ramas del Seguro Social, que se elevan a 380.366.363 francos.

En cuanto a la repartición de las cargas del Seguro Social, los tipos de cotizaciones que se especifican a continuación dan idea de ello:

	PORCENTAJE DEL SALARIO		
	Trabajado- res	Patronos	Total
a) Categoría de los obreros:			
Seguro de Enfermedad.....	4 %	2,0 %	6,0 %
Seguro de Accidentes (media nacional).....	—	4,5 %	4,5 %
Seguro de Vejez.....	5 %	5,0 %	10,0 %
Subsidios familiares.....	—	5,0 %	5,0 %
TOTAL.....	9 %	16,5 %	25,5 %
b) Categoría de los empleados:			
Seguro de Enfermedad.....	2 %	2 %	4 %
Seguro de Accidentes.....	—	1 %	1 %
Seguro de Vejez.....	5 %	5 %	10 %
Subsidios familiares.....	—	4 %	4 %
TOTAL.....	7 %	12 %	19 %

Observando los gastos de administración en la gestión de los Seguros sociales, encontramos :

	Francos	Por ciento de cot.
Seguro de Enfermedad : tres Cajas regionales...	13.501.924	9,25
Seguro de Enfermedad : ocho Cajas de Empresa...	199.465	0,22
Seguro de Enfermedad : empleados privados (regionales)...	3.432.401	6,09
Seguro de Enfermedad : Cajas de Empresa (empleados)	14.364	0,05
Seguro de Accidentes (Sector industrial)...	14.620.619	6,80
Seguro de Accidentes (Sector agrícola y forestal)...	3.756.694	20,08
Seguro de Vejez e Invalidez (obreros)...	17.736.295	3,99
Caja de pensión de empleados privados...	3.479.390	2,75
Caja de compensación de Subsidios familiares para obreros	4.057.625	2,34
Servicio para empleados (Subsidios familiares)...	927.405	1,08
Servicio a los no asalariados (Subsidios familiares)...	87.202	—
TOTAL ...	61.813.388	4,47

Los tipos de gastos de administración pueden ser considerados, en general, como muy favorables respecto a los costos de los organismos de Seguros sociales extranjeros.

Y, por último, para demostrar que las instituciones de Seguridad Social, en Luxemburgo, tienen fundamentos sanos y sólidos, damos a continuación una nota sobre los fondos de reserva acumulados en los diferentes organismos de Seguro para la tranquilidad del mañana :

	Francos
Seguro de Enfermedad de los obreros...	46.747.597
Seguro de Enfermedad de los empleados privados...	45.503.301
Seguro de Accidentes (Sección industrial)...	437.988.260
Seguro de Accidentes (Sección agrícola y forestal)...	45.320.892
Seguro de Vejez e Invalidez (obreros)...	2.690.712.910
Seguro de Vejez e Invalidez (empleados)...	1.028.224.059
Caja de pensión de los artesanos...	152.782.408
TOTAL ...	4.447.280.427

es decir, que el pequeño país de Luxemburgo, con 305.000 habitantes, tenía, en 31 de diciembre de 1954, capitales sociales acumulados por un valor de 4.447.280.427 francos.

Obreros y empleados luxemburgueses pueden mirar cara a cara el porvenir con toda confianza.

BIBLIOGRAFIA

- Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité: Compte-rendu des exercices 1946, 1947, 1948, 1949, 1950, 1951, 1952, 1953 et 1954. Luxembourg.
- Caisses de maladie du Grand-Duché de Luxembourg: Compte-rendu des exercices 1946, 1947, 1948, 1949, 1950, 1951, 1952, 1953 et 1954. Luxembourg.
- Association d'assurance contre les accidents: Section Industriel, Compte-rendu des exercices 1946, 1947, 1948, 1949, 1950, 1951, 1953 et 1954. Luxembourg.
- Association d'assurance contre les accidents: Section agricole et forestière: Compte-rendu des exercices 1945, 1946, 1947 à 1954. Luxembourg.
- Caisse de pension des Artisans, Luxembourg: Compte-rendu des exercices 1952, 1953, 1954 et 1955. Luxembourg.
- A. KAYSER: «Aspects des assurances sociales dans le Grand-Duché de Luxembourg». Luxembourg.
- PAUL WEBER: «Les problèmes sociaux dans la politique économique du Grand-Duché de Luxembourg». Luxembourg, 1951.
- Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale: Le Code des Assurances Sociales. Luxembourg, 1954.
- Lois et règlements d'exécution émis jusqu'au 31 mars 1933.
- Office National du Travail: Les principales dispositions légales et réglementaires en vigueur au Grand-Duché de Luxembourg en matière d'octroi des indemnités de chômage, de mise au travail des chômeurs. Luxembourg, 1955.
- Caisse de pension des employés privés du Grand-Duché de Luxembourg: La loi du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés. Luxembourg, 1951.
- Caisse de pension des Artisans: Loi du 21 mai 1951 ayant pour objet la création d'une Caisse de Pension des Artisans. Luxembourg, 1953.

**II.- CRONICAS
E INFORMACIONES**

INTERNACIONAL

CONFERENCIA INTERNACIONAL DE LA FAMILIA

La Conferencia Internacional de la Familia, reunida en La Haya del 3 al 8 de septiembre, por la Unión Internacional de los Organismos Familiares, ha estudiado dos temas principales: "Cultura y familias rurales" y "Vacaciones familiares". Estuvieron representados 29 países, entre ellos España, la O. N. U., U. N. E. S. C. O., O. I. T. y otros varios organismos internacionales, oficiales y privados. Inauguró la Asamblea el Ministro de Asistencia Social de Holanda, y la Reina recibió a los principales directivos de la Unión.

Entre otros acuerdos, aparte de las conclusiones que indicaremos a continuación, se tomaron las primeras disposiciones para preparar las Jornadas de Estudios Familiares Internacionales, que tendrán lugar en Roma en septiembre de 1957, y el Congreso Mundial de la Familia, que se desarrollará en París en junio de 1958, con motivo del décimo aniversario de la fundación de la U. I. O. F.

Cultura y familias rurales.

La Conferencia Internacional de la Familia adoptó, entre otras conclusiones, las siguientes:

La población rural deberá aprovechar, en la misma medida que la de las ciudades, los servicios de ayuda de toda clase del progreso técnico, de las mejoras de vivienda, higiene, etc., lo mismo que de la enseñanza y de toda clase de medios culturales. Una intercomunicación material y espiritual debe ser estimulada entre los dos medios de vida, con el fin de promover una comprensión y un enriquecimiento mutuos.

Es preciso atender a la vida rural en proporción mayor a lo que se ha hecho hasta el momento al utilizar los medios de información y de penetración de "masa". Se recomienda también a las organizaciones familiares y a otras promover en los centros rurales realizaciones comunitarias en las que los intereses familiares estén representados.

Ha parecido muy conveniente consagrar una atención particular a la ayuda y a la protección de la madre, así como a la organización de su función en la familia, en la explotación, en vista a permitirle asegurar plenamente su misión cultural.

Vacaciones familiares.

En este punto, la Conferencia Internacional de la Familia ha tenido que plantearse el curioso fenómeno de nuestra sociedad, en la que, a causa de las tensiones deshumanizantes de la vida moderna, en el momento de las vacaciones dominan los reflejos de evasión "individual", en perjuicio de los posibles contactos familiares en las horas de ocio vacacional. De ahí que se señalen como conclusiones los siguientes puntos:

Es necesario establecer un ritmo de vida más humano para que la familia pueda reunirse con ocasión del descanso semanal, de los fines de semana, prolongados períodos y de las vacaciones anuales.

De conformidad a una de las conclusiones del Congreso de Roma de 1949, "que la necesidad de las vacaciones debe producir el derecho a las vacaciones", consta que el ejercicio de este derecho no puede realizarse más que medianamente, en ciertas condiciones psicológicas, económicas y sociales. Estas suponen, además, la extensión de diferentes medios de compensación, ya iniciados en algunos países, una ayuda material y una solicitud moral de parte de los Poderes públicos y de las profesiones organizadas, etc.

Las diversas formas de vacaciones familiares deben asegurar a la madre de familia un descanso tal, que quede descargada de la mayor parte de los trabajos domésticos.

Los medios reputados idóneos para alcanzar estos fines son muy variados, y van desde la constitución de un fondo de ahorro para las vacaciones, y las reducciones de tarifas para los viajes familiares, hasta las medidas de formación de un espíritu de unión en las familias, ordenación de los períodos de vacaciones de los distintos miembros del grupo familiar para que puedan disfrutarlos a la vez, etc.

Estancia en España del Presidente de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social.

El Presidente de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, D. Manuel Pérez Godoy, ha venido a España a solicitud del Secretario General de la Organización, con el exclusivo objeto de considerar una serie de actuaciones que precisan atención especial. Así, de acuerdo con las conclusiones del II Congreso, celebrado en Lima en 1954, el Gobierno de Colombia ha promulgado las disposiciones legales pertinentes, fijando la fecha del III Congreso para julio de 1957, creando la Oficina preparatoria correspondiente, y para lo cual irá a transferirle formalmente la Presidencia de la Organización y a poner en marcha dicha Oficina.

VI Conferencia Regional Americana del Trabajo.

Durante los días 3 al 15 de septiembre se ha celebrado en La Habana la VI Conferencia Regional de los Estados de América, Miembros de la O. I. T.

El Orden del día de esta Conferencia fué el siguiente:

- 1) Memoria del Director General.
- 2) Papel de los patronos y de los trabajadores en los programas.
- 3) Relaciones entre patronos y trabajadores.
- 4) Cooperativas.

Asistieron a la Conferencia delegaciones tripartitas de todos los Estados de América, Miembros de la O. I. T., compuestas por dos Delegados gubernamentales, uno de los patronos y otro de los trabajadores, asesorados por los Consejeros técnicos que estimaron necesarios.

Reunión Internacional de Ginecólogos en España.

Para tratar de asuntos profesionales relacionados con los Seguros Libres, así como de orientar, ayudar y poner en condiciones a los jóvenes especialistas de obstetricia y de la ginecología, se inauguró la II Re-

unión de la Unión Profesional Internacional de Ginecólogos el día 28 de septiembre, en el Salón de actos del Instituto Nacional de Previsión.

Conferencia sobre Seguridad Social para los transportes internacionales.

Como continuación de la Conferencia internacional celebrada en Ginebra en diciembre de 1955, ha tenido lugar otra de la misma clase durante los días 3 a 9 de julio de 1956, para establecer un acuerdo sobre la Seguridad Social de los trabajadores empleados en los transportes internacionales. Tomaron parte en la Conferencia los siguientes países: España, Austria, Bélgica, Dinamarca, Francia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Polonia, Reino Unido, República Federal Alemana, Suecia, Suiza y Yugoslavia. Estuvieron representados por observadores Checoslovaquia y la Unión Soviética. El Convenio, que fué firmado por los Plenipotenciarios de los respectivos Gobiernos en 1 de noviembre de 1956, ha quedado abierto a la ratificación de las partes. Garantiza la protección de los Seguros sociales a los empleados en los transportes europeos aéreos, ferroviarios, por carretera y de navegación interior cuando tales personas se encuentren en el extranjero, y en los casos de enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y muerte del que económicamente sostiene la familia.

NOTICIAS IBEROAMERICANAS

ARGENTINA

Actualización de las sanciones por incumplimiento de la Previsión Social.

Para actualizar las disposiciones de la Ley 14.236 en lo que respecta a las sanciones en que incurren los empleadores y afiliados a las Cajas Nacionales de Previsión por incumplimiento de las obligaciones establecidas en los respectivos regímenes provisionales, el Poder ejecutivo ha dictado un Decreto-ley, cuya parte dispositiva regula las actuales

sanciones en que incurren los contraventores. Para ello han sido sustituidos los artículos 17 y 19 de la Ley 14.236.

Programa de cooperación técnica y estudio del Derecho del Trabajo.

Se ha celebrado en el Ministerio de Educación y de Justicia la reunión de Delegados de las Universidades Nacionales y de funcionarios técnicos de dicho Departamento estatal, que han tenido a su cargo la consideración de temas relacionados con la legislación obrera y la política social, que luego serán analizados juntamente con los representantes del Ministerio de Trabajo y Previsión para establecer un programa de cooperación técnica y de estudio en materia de Derecho laboral, Previsión y Seguridad Social.

Simultáneamente efectuará su primera reunión la Comisión encargada del estudio de los problemas de la Universidad Obrera Nacional.

Mejora para los obreros del transporte de La Plata.

El Instituto de Previsión Social ha informado que están próximas a su finalización las gestiones encaminadas a la firma de un Convenio entre la Nación y la Provincia, mediante el cual los trabajadores municipales del transporte automotor gozarán de los beneficios de la Ley nacional 11.110. El respectivo instrumento será suscrito por representantes del Ministerio de Trabajo y Previsión de la Nación y del Ministerio de Hacienda, Economía y Previsión de la Provincia.

Estadística de trabajadores.

El Ministerio de Trabajo y Previsión dió a conocer una información relacionada con la estadística de los trabajadores que se agrupan en entidades gremiales en todo el país, de acuerdo con un censo realizado por la Dirección de Estadística en el año 1954. En la industria y minería, 1.536.530; comercio y empresas de servicio, 1.230.916; totalizando, 2.767.446 los trabajadores que están ocupados.

Se aclaró que dentro de estas cifras no están comprendidos los tra-

bajadores rurales, que se rigen por un Estatuto especial, y que además existen los trabajadores del Estado, que se agrupan en la Unión Personal Civil de la Nación, que no se rige por Convenios, y que son, más o menos, 1.400.000, y los que firman Convenios, 1.530.872.

En relación con esos datos, el Ministerio hizo saber que sobre un total de 1.530.912 obreros, cuyos gremios firman Convenios, se hallan en funcionamiento Comisiones paritarias para 1.214.455 obreros. Comisiones paritarias para 162.400 obreros están convocadas para la semana próxima. Sólo falta convocar las Comisiones paritarias para 154.017 obreros.

El total de gremios que tiene en funcionamiento sus Comisiones paritarias se eleva a 39, y los que ya han sido convocados son 10. Cabe hacer notar que estos gremios son los que corresponden a Capital Federal y Gran Buenos Aires y los de carácter nacional.

En la Delegación regional Rosario hay 10 gremios en funcionamiento; en la Delegación regional San Nicolás, uno; en la Delegación regional San Luis, uno; en la Delegación regional Bahía Blanca, dos; en la Delegación regional Entre Ríos, uno; en la Delegación regional de San Juan, uno, y en la Delegación regional de Mendoza, tres.

Aumento de las jubilaciones en Mendoza.

En la reunión de Gabinete presidida por el Interventor federal, entre otros asuntos tratados, se consideró un aumento que beneficiará a los afiliados de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de la provincia.

Sobre el particular se resolvió que a partir del 1.º de agosto entren en vigor los beneficios otorgados, según el siguiente régimen: a jubilados hasta 1949, un aumento de 400 pesos; jubilados de 1950 a 1953, 275 pesos; los de 1954, 150 pesos; los de 1955 al 31 de julio de 1956, 100 pesos.

En cuanto a las pensiones, tendrán un aumento general de 150 pesos.

Reformas de los Estatutos de la Ley 14.397 en relación con los profesionales.

Se ha hecho público por parte de la Intervención de la Caja Nacional de Previsión para profesionales, que en el anteproyecto de reforma

elaborado con el concurso de representantes de distintas instituciones que agrupan a los profesionales liberales, se ha atendido en primer lugar a la exactitud actuarial y matemática indispensable para evitar que el sistema del futuro pueda correr la suerte a que irremisiblemente hubiera condenado a esa Caja el régimen de la Ley 14.397.

Además, la Intervención, conforme con el compromiso contraído, ha sometido el anteproyecto al análisis de los profesionales y de las instituciones respectivas, a fin de recibir las observaciones relativas a posibles enmiendas, con miras a su eventual incorporación al anteproyecto, siempre y cuando sean compatibles con la sanidad económica y financiera del sistema.

La próxima etapa a cumplirse consistirá en el estudio del anteproyecto por los organismos competentes de la Administración, los cuales resolverán lo pertinente.

Mejoras para los jubilados.

En razón al mayor costo de la vida, se han asignado bonificaciones a los jubilados y pensionados, clasificándoseles a tal efecto en tres categorías. Los que percibían una jubilación o pensión de hasta 1.000 pesos, recibirán por dicho concepto 300 pesos; desde 1.001 a 1.500, 250, y mayor de 1.500, 200. A beneficiarios de segunda y tercera categoría se les aumentará la bonificación de manera que no perciban una asignación menor que el más beneficiado de la categoría anterior.

Las prestaciones futuras gozarán también de la bonificación establecida en primer término, y estarán comprendidas en las clasificaciones ordinarias comunes o privilegiadas las jubilaciones por invalidez y las de quienes hayan obtenido u obtengan el retiro voluntario, al igual que las pensiones derivadas de dichas prestaciones.

A los que obtuvieran el retiro voluntario se les exigirá que hayan cumplido la edad requerida para la jubilación ordinaria común o privilegiada.

Esta bonificación beneficiará las referidas precedentemente, siempre que dentro del lapso de los tres últimos años que entran en el cómputo del sueldo promedio no hayan gozado de un aumento en sus haberes, y en este caso tendrán como bonificación la diferencia entre el monto de las bonificaciones establecidas en este Decreto-ley y el aumento gozado, si resultase éste inferior a la fijada.

En ningún caso la prestación podrá ser para las jubilaciones que se

acuerden en el futuro y que sean mayores que la suma del sueldo y la bonificación de que goza el afiliado al obtener la jubilación.

BRASIL

Huelgas con motivo de los nuevos salarios mínimos.

En Belem, capital del Estado de Para, se han declarado en huelga los trabajadores industriales al no haber cumplimentado los patronos el Decreto Presidencial de 14 de julio último, que señalaba los nuevos salarios mínimos. Alegan los patronos que la Ley dispone un período de espera de sesenta días antes de que el Decreto adquiriera vigencia.

Los nuevos mínimos varían según las zonas. En Belem, los nuevos salarios mínimos aumentaron los de los obreros con sueldos de 900 cruzeiros mensuales (35 dólares), lo que representó uno de los porcentajes de mayor cuantía en toda la nación.

El recurso presentado por los patronos a la Corte Suprema ha hecho que se unan las fuerzas obreras en defensa de los salarios mínimos.

En un principio, los Sindicatos se oponían a la medida, por estimar que los porcentajes de elevación eran demasiados pequeños, y en varios Estados, entre ellos Sao Paulo —que está muy industrializado—, hubo amenazas de huelga.

Pero ahora las organizaciones obreras de Sao Paulo declaran que la huelga comenzará allí si el fallo de la Corte Suprema es favorable a los patronos.

El Gobierno, esforzándose por aclarar la situación, ha solicitado del Congreso que reduzca el período de espera de sesenta a tres días, dando de esa forma carácter legal a la fecha del 1.º de agosto señalada en el Decreto Presidencial y a cuantos se niegan a satisfacer los salarios mínimos, hasta conocer la sentencia de la Corte.

CHILE

Estudio para simplificación administrativa en el Servicio de Seguro Social.

Como consecuencia de los acuerdos del Curso de Racionalización y Mecanización de los Servicios Administrativos, que organizado por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social se celebró en Bogotá, el Departamento Administrativo del Servicio del Seguro Social ha lleva

do a cabo un estudio encaminado a variar el sistema administrativo hasta ahora en vigor, siendo uno de los principales puntos tratados el de sustitución del sistema de estampillas por una cotización a base de categorías de salarios.

ECUADOR**Aumento de las pensiones de jubilación y Montepío.**

Por resolución del Instituto Nacional de Previsión de enero del presente año, han sido elevadas las pensiones de jubilación y Montepío que otorga la Caja de Pensiones, en vista del resultado favorable del balance actuarial de la Caja.

Dicho dispositivo establece una escala para la elevación de pensiones, contemplando aumentos fijos y porcentajes a los beneficios que se han venido sirviendo hasta diciembre de 1955, en la siguiente forma:

a) Para las pensiones de jubilación, que oscilaban entre 110 sucres y 8,10 mensuales, se contemplan aumentos de 40 sucres, hasta 62 como máximo para los primeros, menos el 20 por 100, dado que la pensión antigua excedía de 500 sucres para los que estaban entre 501 y 810 sucres.

b) Las pensiones de Montepío o viudez y orfandad se han aumentado en la siguiente forma: Las pensiones mínimas de 30 sucres se han elevado en 40 por 100; las comprendidas entre 601 y 740 sucres reciben 28 sucres, menos el 20 por 100 del exceso de 600 de la pensión original. Esta escala de aumentos, que va desde límites mínimos a los máximos ya fijados, es una escala hasta cierto punto inversamente proporcional a la cuantía de las antiguas pensiones.

Precisa destacar el fundamento legal en que se apoya el Acuerdo Ejecutivo de diciembre de 1955, vigente desde enero de 1956, que concede facultad expresa al Instituto para la revisión periódica de las pensiones, tomando en consideración el costo de vida, y con cargo a un excedente de utilidades de las inversiones.

Conjuntamente con el alza de estos beneficios, se han elevado los mínimos de estas prestaciones, en las siguientes cuantías: de pensión de jubilación, que antes era de 110, a 150 sucres; pensión de viudez, de 140 a 155 sucres; en igual suma se han elevado los mínimos de beneficios para huérfanos dobles, y de 30 a 42 sucres, para los huérfanos simples.

ESPAÑA**El Director General de la O. I. T. visita España.**

Invitado por el Gobierno español, Mr. David A. Morse, Director General de la Organización Internacional de Trabajo, ha venido oficialmente a España, donde ha visitado diversos Centros sociales y laborales.

Mr. Morse ha sido acompañado en su visita por el Subdirector General de la Organización Internacional de Trabajo, D. Luis Alvarado.

Modificación de salarios y de cotización en los Seguros sociales.

El Gobierno, que hace ya tiempo se preocupaba por el establecimiento de unos salarios mínimos, que en lo posible permitieran conjugar la exigencia de lo que constituye el llamado salario vital, con las posibilidades del futuro de la economía, ha acordado, a propuesta del Ministro de Trabajo, en el Consejo de Ministros del día 26 de octubre la modificación de las distintas Reglamentaciones de trabajo, tanto en la industria como en la agricultura, así como en los distintos sectores de servicio: comercio, transportes, hostelería, etc.

Los nuevos salarios base, en los que se unifican todos los salarios base antiguos, más los pluses de carestía de vida, y el especial en vigor que existía desde el día 1 de abril último, se fijan teniendo en cuenta las motivaciones antes dichas, con vista a que los trabajadores de las categorías más modestas sean los que experimenten mayor elevación. De este modo, por regla general, los salarios mínimos diarios, tanto para la industria como para los sectores de servicio referidos a las tres Zonas a que se han reducido, son los siguientes: Zona primera, 36 pesetas; Zona segunda, 33 pesetas; Zona tercera, 31 pesetas.

Señalados así los salarios base de la última categoría profesional, los de las superiores han sido establecidos normalmente, añadiendo a los salarios base unificados una cantidad igual en pesetas a la correspondiente al peón con categoría más baja de esa Reglamentación.

Las nuevas retribuciones mínimas surtirán efectos económicos desde el 1 de noviembre. Virtualmente, los aumentos beneficiarán a todos los trabajadores, incluyendo a los de los sectores económicos, abarcando aproximadamente a unos ocho millones de trabajadores.

Otra de las novedades que tiene esta resolución es la simplificación

del salario. Esta simplificación consiste en unificar todas aquellas percepciones establecidas en las actuales Reglamentaciones de trabajo, y que incrementadas con los correspondientes aumentos cuantitativos para cada actividad y categoría laboral formarán una sola remuneración, constituyendo el nuevo salario. Quedan excluidos de esta simplificación los siguientes conceptos para percibir por el trabajador: gratificaciones extraordinarias del 18 de julio y Navidad, la llamada paga de beneficios, las bonificaciones por antigüedad en la Empresa y el Plus de ayuda familiar, conocido por "puntos". Otro de los extremos interesantes que conviene aclarar es que todas aquellas remuneraciones marginales producidas por primas, incentivos, horas extraordinarias, pluses especiales de toxicidad, peligrosidad, etc., quedan también fuera de esa simplificación de salario, y se percibirán aparte.

La Empresa cotizará para Seguridad Social el 12 por 100, y el trabajador, el 4 por 100. A partir de la vigencia de esta resolución, el Estado deja de hacerse cargo del pago de la parte de cotización por Seguros sociales a abonar por la Empresa, que asumió a partir de la modificación del pasado mes de abril.

Respecto a la cuota para Mutualidades Laborales, se dispone una reducción del 1 por 100 a la Empresa, de su cotización, y el trabajador seguirá cotizando el mismo porcentaje que actualmente, reduciéndose también el tanto por ciento de Plus familiar sobre nóminas en un 5 por 100.

Pueden ser absorbibles por las Empresas los aumentos voluntarios concedidos con anterioridad al aumento de 1.º de abril pasado, y hasta el 20 por 100. También lo podrán ser los aumentos efectuados por las Empresas al amparo del Decreto de 8 de julio pasado. Los aumentos voluntarios concedidos por las Empresas en el intervalo comprendido entre el 1.º de abril y 8 de julio pasado no serán absorbibles.

El aumento de salarios en la agricultura podemos anticipar que va a significar el establecimiento de un salario mínimo de 30 a 34 pesetas, según Zonas.

Becas para médicos del Seguro de Enfermedad.

Cuatrocientas becas para médicos en el Seguro Obligatorio de Enfermedad, con el fin de que completen su formación profesional, y concretamente su medicina del Seguro, han sido anunciadas por la Direc-

ción General de Previsión. Estos médicos recibirán mensualmente una gratificación de 1.500 pesetas, y aquellos que superen las pruebas finales tendrán derecho a que su condición de médico becario del Seguro se valore a efectos de puntuación en la escala nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

Los Médicos de Empresa.

Por un Decreto del Ministerio de Trabajo se ha creado la institución de los Médicos de Empresa, con obligatoriedad para todas aquellas Empresas de más de 500 obreros. Los Médicos de Empresa tendrán funciones que se referirán a higiene de la industria y de los trabajadores, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Se trata, bajo la mirada del Médico de Empresa, de crear el hábito de prevenir la enfermedad y de conocer sus riesgos.

GUATEMALA

Reunión de Organismos de Seguridad Social de Centroamérica, México y el Caribe.

Con motivo del X Aniversario de la promulgación de la Ley orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en los días 26 a 30 del mes de octubre en curso se celebrará una Reunión de Organismos de Seguridad Social de Centroamérica, México y el Caribe. El temario que se ha fijado es el siguiente:

1. Importancia Socio-Económica de la Seguridad Social en los países de Centroamérica; México y el Caribe.
2. Seguro de Enfermedad: funcionamiento, organización, sistemas y rutinas, financiamiento y proyecciones.
3. Cooperación entre los Organismos de la Seguridad Social.

HAITI

Aumento de cotizaciones del Seguro Social.

La Ley orgánica del Instituto de Seguros Sociales de Haití establece que después de los tres primeros años de funcionamiento del Instituto, el monto de la contribución de los empleadores para el Seguro de

Accidentes de Trabajo será del 1 por 100 del total de salarios pagados, y que el Consejo de Administración del Instituto, con aprobación de la Secretaría de Trabajo, podrá elevar esta tasa al 2 por 100, con carácter retroactivo.

En el curso de los tres primeros años de aplicación de la Ley, la Dirección del Instituto ha reconocido que el 1 por 100 es insuficiente, por el fuerte egreso ocasionado por la construcción de hospitales, sanatorios, maternidades y otros edificios destinados a locales administrativos, casas populares y ciudades obreras.

Ante la demanda del Director del Instituto, la contribución de los empleadores ha sido fijada en el 2 por 100.

PARAGUAY

Conferencias sobre Administración pública para el personal superior del Instituto.

Las clases fueron desarrolladas por diversos técnicos paraguayos de Administración pública, graduados en Universidades del Brasil, Puerto Rico y Estados Unidos.

Estos cursos abarcaron quince días alternados, con los siguientes temarios:

Principios elementales de Administración pública, Organización y Métodos, Control de Presupuestos, Jefatura Administrativa, Administración del Personal.

Firma de Convenio con el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Un importante Convenio fué firmado últimamente por el Ministerio de Salud Pública y el Instituto de Previsión Social para la liquidación de cuentas, y que se registró por cláusulas establecidas.

Firmaron el Convenio: por parte del Ministerio de Salud Pública, el señor Ministro de dicha Secretaría del Estado, Dr. Enrique Zacarías Arza, y por parte del Instituto, el Director General del mismo, Dr. Emilio Cubas, con asistencia de otros funcionarios de ambas instituciones.

Curso de capacitación de funcionarios.

Intensa actividad de capacitación de sus funcionarios ha realizado últimamente el Instituto de Previsión Social, propendiendo al mejor cumplimiento de sus respectivas funciones y una mejor atención a los asegurados y el público.

Los cursos realizados son los siguientes:

Para personal administrativo, enfermeras y auxiliar técnico del Departamento Médico en Bio-Estadística. Estos cursos fueron auspiciados por los Departamentos de Personal y Sueldos y Actuarial y Estadística de la Institución.

Estas clases teóricas versaban sobre la Ley 1.860 y su aplicación práctica, así como la organización de los distintos Departamentos administrativos.

Revisión del Estatuto jurídico del Instituto de Previsión Social.

Ha sido pasado a estudio de la Cámara de Representantes un proyecto de Ley que busca la normalización definitiva del régimen legal vigente del Instituto de Previsión Social, después de trece años de vigor de los actuales Decretos-leyes 17.071 y 1.860, con los cuales ha venido rigiéndose la Institución.

PERU

Nueva Unidad Sanitaria.

En junio fué inaugurada una nueva Unidad Sanitaria en el distrito de Magdalena, construída por el Fondo de Salud y Bienestar Social, de conformidad con el plan de Administración Sanitaria del Area Metropolitana de la ciudad de Lima, plan que contempla la construcción de 10 Unidades Preventivo-Asistenciales.

Esta nueva Unidad cuenta con todas las dependencias necesarias para el buen cumplimiento de sus funciones: Administración, consultorios (medicina, prenatal, infantil, enfermedades venéreas, carnet sanitario, dental e higiene mental), servicios auxiliares de diagnósticos (Rayos X y laboratorio) y de epidemiología para el control de enfer-

medades transmisibles y servicio anexo de vacunación. Asimismo posee oficinas para el médico-jefe, secretaría, servicio social, enfermería, ingeniero sanitario, oficinas de trabajo y una amplia sala de conferencias, donde se proporcionará en forma periódica amplia información sanitario-asistencial, empleando modernos medios de difusión audiovisuales. Esta nueva Unidad Sanitaria cubrirá el área comprendida por los distritos de Magdalena del Mar, Pueblo Libre y San Miguel, proporcionando a más de 100.000 habitantes atención médico-social general y especializada.

PORTUGAL

Amplia reforma de la Previsión Social.

El Ministro de Corporaciones ha anunciado una reforma de la Previsión Social. Serán perfeccionados y ampliados los sistemas de Seguro, y se intentarán nuevas fórmulas de Previsión Social obligatoria. El Gobierno trata de imponer ahora el Seguro de Maternidad y el de Tuberculosis —al menos en cobertura de riesgo por pérdida de salario—, y mejorar el régimen vigente del Seguro de Enfermedad en lo que se refiere a la asistencia médica y medicamentos, tanto para los beneficiarios como para sus familias, y garantizar el internamiento en hospitales para cirugía general.

REPUBLICA DOMINICANA

La Caja de Seguros inaugura un Consultorio Médico en Haina.

Un Consultorio Médico destinado a prestar servicios en los Astilleros Dominicanos, C. por A., fué inaugurado el jueves 16 de agosto en el poblado de Haina.

NOTICIAS DE OTROS PAISES

ALEMANIA

Acuerdo entre Alemania e Italia sobre Seguros sociales.

Ha entrado en vigor en 1 de abril de 1956 el Convenio de 5 de mayo de 1953 sobre Seguros sociales entre Italia y Alemania (Repú-

blica Federal), así como el protocolo y acuerdo complementario posterior. Los instrumentos de ratificación se canjearon en Bonn el 23 de marzo de 1956.

Acuerdo europeo sobre Seguridad Social.

Aunque a su debido tiempo se dará a conocer en el "Boletín Oficial" la fecha de entrada en vigor para Alemania del Convenio europeo sobre Seguridad Social de 11 de diciembre de 1953, se prevé dicha entrada en vigor para el 1 de septiembre de 1956, si se aceptan las reservas que el Gobierno de la República Federal Alemana ha formulado en relación con el Seguro de Paro y protección a los parados.

AUSTRALIA

Cotización del Seguro de Hospitalización.

La cotización semanal del Seguro de Hospitalización varía entre seis peniques, para tener derecho a una prestación de seis chelines por día, y tres chelines, para tener derecho a 36 chelines por día, incluyendo a la familia del asegurado. La estancia en sala pública de hospital cuesta 18 chelines al día, quedando cubierta por la prestación mínima del Seguro de seis chelines, y las prestaciones general y adicional del Gobierno de 12 chelines.

El número de personas acogidas al Seguro de Hospitalización en 30 de junio de 1955 fué de 5.121.277, lo que significa el 56 por 100 de la población total, estando aseguradas 2.111.315 personas de dicho total.

Prestaciones farmacéuticas del Servicio Médico de Pensionados.

Los pensionados y sus cónyuges e hijos a cargo tienen derecho, como los demás residentes del país, a los productos farmacéuticos necesarios en caso de enfermedad, concediéndose gratuitamente las preparaciones prescritas por los médicos de cabecera, entre las que figuran las comprendidas en la farmacopea británica y específicos agregados a la tercera lista del Reglamento Nacional de Salud Pública de 1954.

El número de recetas prescritas para dichos beneficiarios se elevó, de 1.578.640 en 1951-52, a 4.418.661 en el ejercicio 1953-54, habiendo aumentado de cuatro chelines y cuatro peniques, a cinco chelines y 11 peniques el promedio del coste por receta.

Actividades de los Servicios médicos en el ejercicio 1954-55.

El total de personas protegidas por el Servicio de prestaciones médicas ascendió a 4.154.103 en fin de junio de 1955, de las que 1.665.524 estaban aseguradas y 2.488.579 eran familiares a cargo de aquéllas, lo que supone el 45,4 por 100 de la población del país. En el período 1954-55, el coste de los servicios ascendió a 4.443.952 libras.

El promedio de servicios por persona ascendió a 2,41, siendo por asegurado de 6,10. El promedio de servicios de medicina general por persona se cifró en 1,68, y el de especialidades, en 0,73. Este sistema concedió en el ejercicio 1954-55 un total de 9.226.396 servicios, de los que correspondieron a medicina general 6.435.492.

AUSTRIA

Convenio sobre Seguros sociales con Italia.

En el número correspondiente a junio de 1956 del órgano del Ministerio de Asuntos Sociales, "Amtliche Nachrichten", se publica el texto de un acuerdo firmado el 6 de octubre de 1955 para aplicación del Convenio italo-austríaco de Viena, de 30 de diciembre de 1950, sobre Seguros sociales.

Este acuerdo regula detalladamente los derechos y el procedimiento para su aplicación a los trabajadores de cada uno de ambos países en el otro, en caso de invalidez, vejez, supervivencia, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, enfermedad, tuberculosis, maternidad y paro.

La entrada en vigor de dicho acuerdo se dispone en el mismo que sea simultánea a la del Convenio al que completa.

Extensión de los beneficios del Seguro de Enfermedad.

Han quedado extendidos los beneficios del Seguro de Enfermedad a los funcionarios judiciales de diversos Municipios del país, siéndoles

de aplicación los preceptos de la Ley de 1937, que regula los derechos de los funcionarios públicos en cuanto a dicho Seguro.

CANADA

Inmigración de grupos de trabajadores especializados y profesionales.

Durante los últimos diez años, la inmigración de grupos de trabajadores especializados ha ejercido una gran influencia en la solución de la situación crítica creada en los años de la última guerra y los de la posguerra, por la escasez de mano de obra. Aunque en ese período se ha autorizado la entrada de algo más de un millón de personas, los dos tercios de ese total corresponden a los años 1951 a 1955, en los que el mayor contingente ha sido destinado a trabajos industriales, mientras que en el período 1946 a 1950 se ha dado preferencia al empleo de los mismos en labores agrícolas. A continuación figuran los datos del último decenio, clasificados por profesiones, y entre los que figuran los correspondientes a las familias de los trabajadores:

	Años 1946-1950	Años 1951-1955
Total de inmigrantes...	430.400	791.900
Total de trabajadores...	206.900	429.000
Profesionales...	8.180	33.830
Especializados...	42.270	99.140
Manufactura y mecánica...	24.670	54.480
Construcción...	9.760	35.330
Minas...	5.140	4.890

Régimen federal - provincial de Asistencia por vejez.

Las prestaciones del Gobierno Federal, en virtud del régimen federal-provincial citado, se cifra en 5.193.018 dólares para el trimestre finalizado el 31 de marzo, habiendo ascendido a 5.230.225 dólares durante el trimestre precedente. El número de personas que reciben esta asistencia ha disminuído de 93.380 en 31 de diciembre de 1955 a 93.023 a primeros de junio del corriente año.

Desde la entrada en vigor de este régimen, el Gobierno Federal ha

contribuido al mismo con 83.481.540 dólares. Los gastos federales por este concepto para el año fiscal 1955-56 se han fijado en 20.918.186 dólares, registrándose un aumento de 49.060 dólares sobre el año 1954-55.

En 31 de marzo de 1956, la asistencia media mensual en las provincias variaba de 33,73 a 37,84 dólares, salvo en una provincia, cuya media era de 27,69 dólares.

I Conferencia sobre Prevención de Accidentes en los servicios administrativos.

Bajo los auspicios conjuntos del Ministerio de Trabajo y de la Comisión del Servicio Civil se celebró en Ottawa, durante el mes de mayo del año actual, la I Conferencia sobre Prevención de Accidentes del Trabajo en los servicios administrativos y los organismos de la Corona. Asistieron a la misma cerca de un centenar de delegados, que representaban a treinta servicios burocráticos y a ocho de los organismos citados. El objeto de la reunión era llamar la atención sobre las causas de los accidentes del trabajo y señalar los medios adecuados para prevenirlos, haciendo una divulgación intensa de instrucciones conducentes a este fin entre el personal de los Centros interesados.

Los estudios efectuados revelan que el 14 por 100 de los accidentes se deben a disposiciones anímicas desfavorables, tales como la inquietud, la ira, etc.; el 12 por 100 se debe al hecho de ignorarse el peligro; otro 12 por 100, a falta de discreción; un 10 por 100, a impetuosidad en el proceder; de un 2 a un 6 por 100, a defectos visuales, etc. Entre otras medidas de seguridad se propone: selección del trabajador; formación suficiente de éste; cortos periodos de reposo; reducción de la presión del trabajo; estudio clínico de los accidentes para revelar las causas psíquicas latentes, etc.

Notables progresos de la lucha contra el paro estacional.

La demanda de mano de obra durante el invierno último en la mayor parte del territorio canadiense excedió a la de los años precedentes. Todas las Oficinas de Seguro de Paro acusaron esta tendencia de tal modo, que a mediados de febrero último se hallaban empleadas unas

204.000 personas más que en el mismo mes del año anterior. En dicha época se cifraba el número de trabajadores en paro en 308.000, también con una reducción de 71.000 respecto del invierno anterior.

La Comisión Nacional de Colocación trabaja activamente en estrecha relación con las organizaciones patronales y los Sindicatos, con objeto de analizar las causas que producen periódicamente el paro estacional y hallar las soluciones más satisfactorias de este problema, producido principalmente por las condiciones climatológicas extremas del país.

Datos de la legislación del Subsidio para ciegos en el primer semestre de 1956.

El número de ciegos perceptores de subsidios en virtud de la Ley de auxilio a los ciegos ha aumentado de 8.183 en 31 de diciembre de 1955, a 8.230 en 1.º de junio del año actual. Las asignaciones del Gobierno Federal para este régimen, con arreglo al Convenio federal-provincial vigente, se han cifrado en 739.641 dólares para el primer trimestre de 1956, ascendiendo a 739.609 dólares las aportaciones correspondientes al trimestre anterior. Hasta el día 1.º de junio, el Gobierno Federal había contribuido para dicho fin con la cantidad de 12.425.440 dólares, y en dicha fecha el promedio de subsidios mensuales oscilaba entre 37,52 y 39,65 dólares.

Ayuda financiera y técnica al Programa federal de Seguro de Hospitalización.

El Ministro de Salud Pública y Bienestar Social ha manifestado, el 10 de mayo del corriente año, que el Gobierno Provincial de Alberta ha aceptado oficialmente la invitación que se le hizo recientemente por el Gobierno Federal para contribuir con ayuda financiera y técnica al Programa de Seguro de Enfermedad que incluye asistencia hospitalaria. Asimismo, las provincias de Columbia Británica y Saskatchewan han prometido contribuir a la financiación del referido Seguro y aportar los recursos técnicos a su alcance para su aplicación.

Condiciones mínimas para las pensiones de vejez solicitadas por las organizaciones sindicales.

Las organizaciones sindicales han elevado al Gobierno, en mayo último, unas conclusiones que resumen sus aspiraciones en materia de pensiones de vejez, y que son las siguientes:

- a) Una pensión de vejez de 65 dólares por mes, pagadera a la edad de sesenta y cinco años, independientemente de otros ingresos.
- b) Pago de la pensión a todos los ciudadanos canadienses, sin tener en cuenta el país donde residan.
- c) Aumento del importe de las pensiones de vejez y de sus correspondientes subsidios a los antiguos combatientes, a fin de restablecer su antiguo poder adquisitivo.
- d) Concesión de servicios médicos y odontológicos y específicos farmacéuticos para los beneficiarios de pensiones de vejez.
- e) Viviendas adecuadas en todas las ciudades y otros núcleos menores de población, a ser posible, para dichos pensionistas, y
- f) Concesión de la pensión de vejez a los ancianos pensionados como antiguos combatientes.

Régimen nacional de pensiones industriales.

Independientemente de las pensiones de vejez ya establecidas, las organizaciones laborales canadienses han acordado promover una campaña nacional a fin de obtener el establecimiento de un régimen de pensiones industriales, al cual puedan contribuir y ser incluidos todos los empresarios del país y sus trabajadores, para conceder una pensión razonable a todos los trabajadores a su jubilación.

Este régimen de pensión se hace necesario debido a que gran número de trabajadores no llega a alcanzar las condiciones mínimas necesarias para la pensión de vejez, ya sea por su discontinuidad en el trabajo al servicio de un mismo patrono o por otras causas. Se estima que este régimen podrá proveer una seguridad financiera razonable a todos los trabajadores a dicha edad de retiro.

Datos del Subsidio de Invalidez en 1.º de junio de 1956.

En virtud de la Ley de Subsidio de Invalidez vigente, el número de beneficiarios acogidos a la misma ha ascendido en 1.º de junio último a 26.027. Para este fin, el Gobierno Federal ha destinado la cantidad de 1.609.660 dólares que se necesita para hacer frente al pago de los subsidios concedidos en el primer trimestre del año actual, comparada con 1.597.173 dólares asignados en el cuarto trimestre de 1955. La prestación media en 1.º de junio alcanzó la cantidad de 36,04 dólares al mes.

Fusión de las organizaciones laborales y propuesta de un Régimen de Seguridad Social total.

En la reunión celebrada en Toronto, en abril del corriente año, por las dos grandes organizaciones de trabajadores del país, denominadas Congreso de Profesiones y del Trabajo de Canadá y Congreso Canadiense del Trabajo, se ha acordado llevar a cabo la fusión de las mismas, dando por resultado la creación del Congreso del Trabajo del Canadá. La institución citada en primer lugar contaba con ochenta y tres años de existencia, mientras que la segunda fué creada hace quince años.

La nueva organización aboga por un Régimen Nacional de Seguridad Social total, y a dicho efecto ha aprobado 99 resoluciones relativas a distintas materias comprendidas en la Seguridad Social, destacando por su importancia las que se refieren a: Seguro de Paro, Seguro de Enfermedad, Pensiones de Vejez, Subsidios Familiares, pensiones para ciegos, prestaciones por accidentes del trabajo, precios de los productos farmacéuticos y asignaciones gubernamentales para la edad de retiro.

ESTADOS UNIDOS

Ampliación del campo de aplicación de la ayuda familiar.

Con efectos de 1.º de julio de 1957, y en virtud de la Ley de Seguridad Social de 1956, el campo de aplicación del régimen de ayuda

familiar se amplía del modo siguiente: 1.º El parentesco de primos hermanos y sobrinos se añade a la lista de grados de parentesco de personas que tienen derecho a percibir la ayuda familiar por niños necesitados que vivan a su cargo. 2.º Se deroga la disposición que limitaba la participación federal en este régimen cuando los menores de dieciséis y diecisiete años asistían regularmente a la escuela. En consecuencia, se concederán los subsidios en los casos de niños incapacitados para asistir a las escuelas a causa de enfermedad o de invalidez, y también en los casos en que no existan facilidades para poder asistir a los centros escolares.

Nuevo programa experimental para colocación de trabajadores profesionales.

La Oficina de Seguridad de Empleo ha establecido durante la primavera última un nuevo programa experimental con el objeto de mejorar los servicios de empleo del personal profesional, técnico y directivo. Inicialmente participan en este plan ocho Estados del Noroeste del país, el Distrito de Columbia y Puerto Rico, cuyas Oficinas de empleo han acordado poner a disposición de dicho fin sus 320 dependencias públicas. Las solicitudes que presentan, tanto los trabajadores de las categorías mencionadas como los empresarios que solicitan los servicios de estos últimos, se publican profusamente en todas las Oficinas habilitadas para este programa, sin gastos para los interesados. Es de esperar que el intercambio entre Estados del personal especializado al que afecta contribuirá a dar mayor efectividad al nuevo sistema, que será extendido a todos los Estados de la Unión si resultase eficaz.

Enmienda a la Ley de Retiro Ferroviario.

La Ley pública núm. 880, que entró en vigor el 1.º de agosto último, establece las modificaciones necesarias en la Ley de Retiro Ferroviario para mantener la relación actual entre esta Ley y la de Seguro de Vejez y Supervivencia, a fin de hacer extensiva a la misma la reducción a sesenta y dos años de la edad de retiro para las viudas, y para modificar las disposiciones que regulan las aportaciones económicas de

aquella Ley, a tenor de lo establecido en la Ley federal de Seguro de Incapacidad.

Extensión a Puerto Rico y las Islas Vírgenes de la ayuda federal por niños a cargo.

El día 1.º de agosto del corriente año entró en vigor una enmienda a la Ley de Seguridad Social, en virtud de la cual se establece la participación federal en los pagos de ayuda a los niños a cargo de parientes adultos necesitados y que viven bajo el mismo techo residentes en Puerto Rico y en las Islas Vírgenes. Esta prestación ya venía concediéndose en los demás Estados.

El total anual de pagos federales para asistencia pública referida a estos dos territorios se aumenta de 4.250.000 a 5.312.500 dólares para Puerto Rico, y de 160.000 a 200.000 dólares para las Islas Vírgenes.

La referida disposición autoriza a estas dos jurisdicciones para proveer, mediante fórmulas adecuadas, a la solución de las necesidades de las personas con derecho a la asistencia pública, y tendrá vigencia hasta el 30 de junio de 1957.

Nueva rama de Seguro de Invalidez, dependiente del Seguro de Vejez y Supervivencia.

Las modificaciones introducidas en 30 de junio de 1956 en la Ley de Seguridad Social, en relación con el Seguro de Vejez y Supervivencia, establecen un sistema de prestaciones de incapacidad, pagaderas a los trabajadores asegurados comprendidos entre las edades de cincuenta y sesenta y cinco años, sistema que se halla separado del Seguro de Vejez en cuanto se refiere a financiación. Se estima que las prestaciones de esta rama de Seguro serán concedidas, para julio de 1957, a unas 400.000 personas, y que para el año 1975 tendrán que ser concedidas, aproximadamente, a 900.000 beneficiarios. Con arreglo a esta nueva modalidad de Seguro, se espera que durante el primer año de su vigencia se incluyan entre los beneficiarios de la misma a unos 20.000 niños incapacitados, debido a que se concederá el derecho a los beneficios a los niños que estén a cargo de asegurados jubilados o que hubie-

ran estado a cargo de asegurados fallecidos, a condición de que dichos niños hubieren contraído la incapacidad total antes de cumplir los dieciocho años de edad. A partir del primer año de vigencia, se calcula que los niños beneficiarios de estas prestaciones de invalidez ascenderán a unos 2.500 cada año.

Resumen de las actividades de la asistencia pública durante el ejercicio 1955-56.

Al finalizar el ejercicio fiscal 1955-56, en 30 de junio último, se resumen las actividades de las cinco ramas de la asistencia pública del modo siguiente: *a)* Se registró una reducción de casi 69.000 personas en el número de beneficiarios por todos conceptos, en relación con igual fecha del año anterior; esto es, un 1,2 por 100 del total, que ascendía a 5,8 millones de perceptores. *b)* El número de beneficiarios de la ayuda a los ciegos se elevó ligeramente durante el año. *c)* Aumentó en el 9,1 por 100 el número de perceptores de la asistencia por incapacidad permanente total, lo que refleja principalmente el constante aumento de este programa, de creación relativamente reciente, y *d)* Las prestaciones de las tres ramas restantes —de asistencia por vejez, por hijos y menores a cargo y por asistencia general— acusan el mayor descenso relativo ocurrido, que es del 6,5 por 100.

Estabilidad de los Convenios de salarios a largo plazo.

La Oficina de Estadística del Ministerio de Trabajo ha hecho público a primeros de octubre que en un estudio realizado recientemente se ha demostrado que el 65 por 100 de los Convenios colectivos de trabajo de los que se tiene información autorizada tendrán una vigencia de dos años o de un plazo aun mayor. Estos Convenios estipulan escalas móviles de salarios basadas en los costes de vida que se registren durante el período de vigencia de los mismos, y en algunos casos se establecen aumentos anuales de salarios basados en los naturales incrementos en la productividad.

El siguiente cuadro muestra el número de Convenios y de trabajadores afectados, y la duración de aquéllos:

DURACION EN AÑOS	Número de Convenios	Trabajadores
Dos años...	560	2.198.000
Más de dos y menos de tres...	59	606.500
Tres años...	190	1.334.900
Más de tres y menos de cinco...	43	316.600
Cinco años...	48	293.900
Más de cinco años...	35	1.521.900

Estos Convenios establecen revisiones anuales de salarios.

En noviembre próximo alcanzarán la pensión de vejez más de 250.000 mujeres.

Un total de 253.325 mujeres, comprendidas entre los sesenta y los sesenta y cinco años, han solicitado hasta ahora los beneficios del Seguro de Vejez, que se concederán a partir del 1.º de noviembre próximo, según han manifestado altos funcionarios del Gobierno, el día 14 de octubre.

Como se sabe, el Congreso autorizó en el verano último la reducción de sesenta y cinco a sesenta y dos años la edad a la cual las mujeres podrían percibir las prestaciones de retiro. En virtud de la nueva legislación, las viudas y las madres de trabajadores a cargo de éstos, protegidas por el Seguro pueden alcanzar las prestaciones máximas de vejez a los sesenta y dos, sesenta y tres y sesenta y cuatro años de edad. Las esposas de trabajadores retirados y las mujeres trabajadoras pueden optar por percibir las prestaciones a los sesenta y cinco años, o por una pensión reducida entre sesenta y dos y sesenta y cuatro años.

Prestaciones pagadas en el ejercicio 1955-56 por el Seguro de Vejez y Supervivientes.

Durante el ejercicio finalizado el 30 de junio de 1956, las prestaciones pagadas por el Seguro mencionado ascendieron a 5.361 millones de dólares. Las pensiones mensuales por vejez pagadas en el mismo

periodo significaron un 24 por 100 de aumento sobre la cantidad correspondiente al precedente año fiscal, y ascendieron a 5.245 millones de dólares, mientras que las prestaciones por fallecimiento pagadas en forma de suma global ascendieron a 115 millones de dólares, lo que supone un 15 por 100 sobre las del año anterior.

A fines de junio de 1956 figuraban como beneficiarios 8.400.000 personas, pagándose un promedio mensual de prestaciones de 439,4 millones de dólares.

FRANCIA

El conflicto médico-Seguridad Social.

El conflicto abierto entre el Cuerpo médico y las organizaciones de la Seguridad Social francesa ha obligado a la designación de mediadores para armonizar los intereses en pugna. Estos mediadores han acudido al Ministro de Asuntos Sociales, quien ha oído así, de una parte, a una Comisión Central de la Federación Nacional de los Organismos de Seguridad Social, y de otra, al Consejo de Administración de la Federación de los Sindicatos Médicos. El 12 de octubre sigue aún sin resolverse el conflicto.

Reglamento para la solución de los conflictos laborales.

El día 4 de octubre se ha depositado en la Asamblea Nacional un proyecto sobre el Reglamento de los conflictos colectivos de trabajo. Sus rasgos más característicos son los siguientes:

- a) Todos los conflictos del trabajo deben someterse a los procedimientos de conciliación.
- b) Los pactos colectivos deben contener las disposiciones contractuales de conciliación.
- c) Las Comisiones nacionales o regionales de conciliación comprenderán a miembros de las organizaciones patronales y obreras más representativas, en número igual.
- d) Las partes estarán obligadas a comparecer en persona.
- e) Los mediadores tendrán plenos poderes de investigación contables, financieros y económicos. Podrán igualmente recurrir a expertos.

Cotización de los estudiantes a la Seguridad Social.

Una disposición publicada en el "Journal Officiel", de fecha 23 de septiembre, ha fijado en 1.500 francos la cuota anual de Seguros Sociales para el curso 1956-1957. La Unión Nacional de los Estudiantes de Francia (UNEF) y la Mutualidad Nacional de los Estudiantes de Francia (MNEF) han hecho público un comunicado, en el que denuncian como ilegal el procedimiento seguido por los Poderes públicos, ya que la Ley estableciendo los Seguros Sociales estudiantiles decía que la cotización no podía ser modificada sin la consulta previa de las organizaciones estudiantiles.

Revisión de la parafiscalidad.

El Ministerio de Hacienda anuncia la creación de una Comisión encargada de proceder a la revisión de la parafiscalidad. Según los términos del artículo 89 de la Ley de 6 de agosto de 1956, la misión de la Comisión será, en primer lugar, investigar los organismos parafiscales en los que el coste excesivo y el funcionamiento defectuoso justificarían la supresión. Paralelamente será estudiada la eliminación de las tasas cuya institución no parezca corresponder a un interés general netamente afirmado y la reintegración, dentro del presupuesto, de aquellas que por su permanencia o por su forma de recaudación puedan ser asimiladas a los impuestos.

Seguro obligatorio para automovilistas.

Ante la Asamblea Nacional se ha depositado, en los primeros días de octubre, un proyecto de Ley que establece el Seguro obligatorio para todo conductor de vehículos, comprendidos los ciclomotores. Los artículos 2 y 3 prevén excepciones a favor de las colectividades u organismos que ofrezcan garantías financieras suficientes (ferrocarriles, tranvías, etc.). El artículo 4 estipula que los contratos de Seguro deberán ser suscritos con una Sociedad de Seguros autorizada. El artículo 5 prevé que aquel que contravenga las disposiciones del artículo 1 será castigado con prisión de diez días a seis meses y con multa de diez mil

a cinco millones de francos, o a una sola de las penas. La confiscación del automóvil podrá, además, ser decretada. En fin, se constituye un fondo de garantía para el caso de autor desconocido o para el caso de un autor insolvente que hubiera contravenido la obligación de asegurarse.

GRAN BRETAÑA

Recomendaciones de la Comisión Asesora del Seguro Nacional sobre Subsidios Familiares.

La Comisión Asesora del Seguro Nacional ha elevado al Ministerio de Pensiones, en el mes de septiembre, un informe relacionado con la situación de las prestaciones por personas a cargo, en el que se hacen, entre otras, las recomendaciones siguientes:

- 1) Un hombre casado debe tener derecho a percibir el subsidio por esposa a su cargo, aun cuando ésta viva separada de aquél, si durante los tres meses anteriores a la solicitud el asegurado contribuyó al mantenimiento de su esposa con el mínimo estipulado y continúa ayudándola con una cantidad no inferior a 25 chelines por semana.
- 2) El internamiento en hospital de uno de los cónyuges no debe ser causa de anulación del subsidio, y debe continuar mientras se destine al sostenimiento del otro cónyuge.
- 3) Los padres políticos deben incluirse en la lista de parientes por los que un beneficiario del subsidio de enfermedad o de paro pueda percibir el Subsidio Familiar, bajo determinadas condiciones.
- 4) El pago del subsidio por un niño dependiente económicamente del solicitante, y que no vive bajo su mismo techo, debe condicionarse a que éste contribuya al mantenimiento del niño, por lo menos, en la cantidad del subsidio.

El informe expone las probabilidades que existen de aumentar el costo de los subsidios, pero que no puede precisarse de antemano su importe.

Peligros de la reducción de la edad de retiro.

En la reunión conmemorativa del XXI Aniversario de la Asociación Médica Industrial, varios médicos de los servicios sanitarios indus-

triales pusieron de manifiesto los efectos perjudiciales que podrían producirse por cualquier intento de reducir las edades de retiro de los trabajadores, como consecuencia de un reajuste motivado por el automatismo. Los reunidos condenaron categóricamente la amenaza de una ociosidad impuesta al trabajador en edades en que aun se halla perfectamente capacitado para el trabajo, lo cual produciría, a buen seguro, graves peligros para la salud de los interesados, afirmándose que no puede haber salud, ya sea física, mental, social o moral, en la ociosidad. Esta perspectiva, sin embargo, se presenta como obligada para la mayoría de los trabajadores no especializados en los sectores industriales de la Gran Bretaña, puesto que es evidente que para los trabajadores especializados se prevé, como una consecuencia inmediata del automatismo, la implantación de la semana de trabajo de cuatro días, la anticipación de la edad de retiro y otras medidas que tenderán a la inactividad prematura del trabajador.

50 por 100 del salario a la edad de retiro.

Interpretando el sentir de las Organizaciones sindicales de trabajadores, en la sesión de clausura de la Conferencia del Partido Laborista, que tuvo lugar en Manchester el día 5 de octubre, se discutieron numerosas mociones relacionadas con la Seguridad Social, entre las que destacaban las siguientes: aumento de las pensiones de vejez y de los subsidios de enfermedad y de paro; reducción de los gastos administrativos de los órganos gestores y revalorización de todas las prestaciones de la Seguridad Social, adecuándolas al índice del coste de vida, de tal suerte que a la llegada de la edad de retiro los pensionistas se vean libres de la influencia de las alteraciones habidas en los precios de los artículos de primera necesidad.

La Conferencia estudió detenidamente la posibilidad de creación de un régimen nacional contributivo, como complemento de los regímenes actualmente existentes, cuyo fin principal sería asegurar a todos los trabajadores, a la edad de retiro, una pensión equivalente al 50 por 100 del salario. Este régimen proveería las asignaciones necesarias para completar el porcentaje citado, y sería perfectamente compatible con los sistemas vigentes en la actualidad.

Movimiento migratorio en la Commonwealth de 1945 a 1952.

En el período mencionado se ha registrado el siguiente movimiento migratorio del Reino Unido y países de la Commonwealth Británica: la emigración del Reino Unido ascendió a 1.107.000 personas, mientras que la inmigración sumó 499.000 personas. Los inmigrantes registrados en Canadá ascendieron a 726.000; Australia, 697.000; Unión Sudafricana, 125.000, y Nueva Zelanda, 75.000. En las cantidades de inmigrantes señaladas para estos cuatro últimos países se incluyen, naturalmente, los procedentes no sólo del Reino Unido, sino de todos los demás países del mundo. En cuanto a la India y Pakistán, se registró en dicho período una emigración hacia el Reino Unido de 109.000 personas, de las cuales la mayoría eran colonos británicos repatriados con sus familias.

El paro en septiembre de 1956.

El número de personas que, según los registros oficiales de paro, se hallaban en esta situación en 17 de septiembre ascendía a 225.195, mientras que el 13 de agosto último totalizaba 218.889. Las personas que estaban en situación de paro temporal en septiembre sumaban 22.445, lo que significa un notable descenso en comparación con el mes precedente, en que había 47.652 trabajadores desempleados temporalmente.

HOLANDA

Régimen nacional de Seguro de Vejez en los Países Bajos.

El 31 de mayo de 1956 se aprobó una Ley por la cual se introduce el Seguro Nacional de Vejez en los Países Bajos.

Contingencias cubiertas.

Las pensiones se pagarán normalmente al cumplirse los sesenta y cinco años. Una mujer casada no es pensionable por derecho propio, a menos que su marido haya cumplido los sesenta y cinco años y no tenga derecho a pensión, o a menos que contrajera matrimonio después de haber adquirido tal derecho ella y su marido. También disfrutará

de pensión por derecho propio si fué el sostén de la familia y su marido no hubiere alcanzado aún la edad de jubilación. Al fallecer un pensionado casado, el cónyuge viudo tiene derecho a pensión.

Personas aseguradas.

Todas las personas de más de quince años, pero de menos de sesenta y cinco, están obligatoriamente aseguradas si residen en el Reino. La ausencia temporal de menos de un año no será considerada como interrupción de la residencia. Los buques o aviones matriculados en los Países Bajos se considerarán como territorio nacional para la tripulación. Las personas no residentes en el Reino estarán aseguradas si se hallan sometidas al impuesto sobre salarios por trabajar en el Reino, o si son nacionales holandeses y reciben un salario o estipendio del Estado por trabajar en el Extranjero.

Los no nacionales que residan permanentemente en los Países Bajos y que reciban un salario o estipendio de otro Estado por trabajo realizado en los Países Bajos no están asegurados.

Los Reglamentos administrativos pueden establecer excepciones a las disposiciones que anteceden respecto a los extranjeros, ya sea con objeto de evitar doble seguro, en caso de residencia temporal o trabajo temporal en los Países Bajos, o en otros casos determinados.

Condiciones de calificación.

Para tener derecho a la pensión completa, una persona tiene que haber estado asegurada desde los quince a los sesenta y cinco años de edad y haber satisfecho regularmente sus cotizaciones durante este período. La cotización de un hombre casado cuenta por sí mismo y por su esposa durante el matrimonio de ambos.

Si una persona no hubiese estado asegurada o no hubiese satisfecho regularmente sus cotizaciones, la pensión máxima quedará reducida del modo siguiente:

1. En el caso de una persona con derecho a pensión de vejez ordinaria, en 2 por 100, y en el caso de un hombre casado o de una mujer casada, pensionable por derecho propio, en 1 por 100:

- a) por cada año civil, entre los quince y los sesenta y cinco años, durante el cual la persona no hubiese estado asegurada; y
- b) por cada cotización que él (o ella) hubiesen dejado de pagar por razones injustificadas.

2. En el caso de un hombre casado o de una mujer casada pensionables por derecho propio, en 1 por 100:

- a) por cada año civil durante el cual el cónyuge asegurado:
 - i) si es mujer, no hubiese estado asegurada entre los quince y los sesenta y cinco años (o si es más joven que su marido, entre los quince y los sesenta y cinco años de éste),
 - o ii) si es varón y no hubiese estado asegurado entre los quince y los sesenta y cinco años de su esposa; y
- b) el 1 por 100 a favor del cónyuge por cada cotización anual que este último o, durante el matrimonio, la persona asegurada hubiese dejado de satisfacer.

Las personas aseguradas, o las aseguradas con anterioridad, pueden satisfacer cotizaciones por los períodos durante los cuales no hubiesen estado aseguradas, de conformidad con las condiciones prescritas.

Tasa de pensión.

En general, la pensión completa es de 804 florines anuales, y de 1.338 florines para un hombre casado o una mujer casada que tenga derecho a pensión en calidad de sostén de familia. No obstante, estas cantidades serán revisadas si el índice de salarios hubiese variado, por lo menos, en 3 por 100 el último día del séptimo mes que preceda a aquel en el cual la Ley entró en vigor, en comparación con el índice que existiera en 31 de marzo de 1955.

La cuantía de la pensión será también revisada siempre que durante un período de seis meses, a partir de la fecha de entrada en vigor del régimen o de la fecha en la cual fué revisada la pensión por última vez, el índice de salarios haya sufrido un cambio de 3 por 100 por término medio, en comparación con el índice que existiese el último día del séptimo mes anterior a la fecha en que el régimen entró en vigor o con el índice en que se hubiese basado la última vez, según sea el caso.

La cuantía de la pensión podrá ser revisada también en otras ocasiones o por razones especiales, incluso si el índice de salarios no hubiese variado en 3 por 100.

La pensión revisada es igual a la cuantía básica fijada en la Ley, aumentada o reducida por el porcentaje en que difiera el último índice de salarios durante el período de seis meses del 31 de marzo de 1955, sólo que cuando una revisión pudiera entrañar una modificación de los

ingresos reales netos de los beneficiarios, que varíe notablemente de la que debería corresponder a las personas en cuyos salarios se basa el índice, la revisión podrá ser suspendida mediante Reglamento administrativo o modificando su alcance.

El índice de salarios se basa en el promedio compensado de la remuneración por horas de los trabajadores adultos, según determinen los Reglamentos administrativos.

Financiamiento.

Las pensiones de vejez están financiadas sobre una base bipartita por los asegurados y por el Estado. Las cotizaciones de las personas aseguradas están en proporción con sus ingresos netos anuales, hasta un tope máximo de 6.000 florines, y constituyen un porcentaje fijo de dichos ingresos. El tope varía según las oscilaciones del índice de salarios de 3 por 100, por lo menos, o por otras razones.

Un hombre casado cuya esposa mantenga a la familia no pagará cotización alguna.

En el caso de residentes que no sean empleados, las cotizaciones se calculan sobre la base de los ingresos netos imposables, deducidos los gastos especiales y donativos, prestaciones familiares para trabajadores independientes y pensiones recibidas en virtud de la Ley. En caso de empleados, la cotización se deduce de los salarios o estipendios en la misma forma que el impuesto sobre salarios, habida cuenta de ciertos gastos, y una vez deducida la pensión, si existiese, así como las prestaciones familiares.

La tarifa de cotizaciones la fijará el Banco de Seguros Sociales, a reserva de la aprobación del Ministro de Asuntos Sociales y Sanidad Pública, y previa consulta con el Consejo de Seguros Sociales. Por regla general, la tasa se determina para un período de cinco años, y se computa en forma que asegure que las sumas totales percibidas durante el período cubren el coste de las pensiones pagaderas durante el mismo, así como los gastos de administración, y permiten la constitución y sostenimiento de un fondo de reserva. La tasa de cotización durante los cinco primeros años será probablemente de 6,5 a 7 por 100 de los ingresos asegurados.

No se pagará ninguna cotización ni cotización reducida sobre los ingresos inferiores a determinadas cantidades, y toda cotización, o parte de la misma, que no satisfaga la persona asegurada será costeada por el Estado.

Las personas aseguradas atrasadas en el pago de sus cotizaciones reciben un aviso del Banco de Seguros Sociales, y se les conceden cinco años para liquidarlas con un suplemento. Cuando una persona asegurada esté atrasada en el pago de sus contribuciones, pero se comprueba que ello es ajeno a su voluntad, el Estado pagará la cotización.

Las cotizaciones se pagan a la Caja del Seguro de Vejez, administrada por el Banco de Seguros Sociales. Los fondos de la Caja serán invertidos de acuerdo con los Reglamentos, y previa consulta con el Consejo de Seguros Sociales.

El Estado garantiza el pago de las pensiones de vejez.

Administración.

El Seguro está administrado por el Banco de Seguros Sociales, pero las cotizaciones son percibidas por el Departamento Nacional de Recaudación de Contribuciones. El método es el mismo que para la percepción del impuesto sobre los ingresos, salvo que para los salarios la cotización se deduce normalmente de éstos, de conformidad con los Reglamentos vigentes en materia de impuestos sobre los salarios.

Por regla general, el Banco de Seguros Sociales paga la pensión al presentarse la demanda, salvo en casos especiales. Su pago es mensual; la esposa o el marido del pensionado puede percibir hasta la mitad de su importe.

Podrá recurrirse contra las decisiones del Banco de Seguros Sociales ante los Tribunales de apelación y ante el Tribunal Central de Apelación, de conformidad con el procedimiento establecido en la Ley sobre recursos de alzada.

Algunos cometidos relacionados con la administración del régimen podrán ser confiados a los Consejos de Trabajo.

Disposiciones transitorias.

Las personas que hayan cumplido quince años de edad, pero no sesenta y cinco en el momento de entrar en vigencia el régimen, y que hayan residido, por lo menos, seis años en el Reino, las Antillas Holandesas, Nueva Guinea o la Guayana después de cumplidos cincuenta y nueve años, se considerarán como asegurados desde la edad de quince años. No obstante, deberán ser nacionales holandeses y residir en el Reino. Podrá disponerse la concesión de las mismas ventajas a los no nacionales o a personas que no residan en el Reino por medio de Reglamentos administrativos.

Tendrán derecho a pensión las personas que hubieren cumplido los sesenta y cinco años en la fecha en que entre en vigor el régimen y que hayan residido, por lo menos, seis años en los Países Bajos o en los territorios antes mencionados desde los cincuenta y nueve años de edad. No obstante, dichas personas deberán ser también nacionales y estar domiciliadas en el Reino, salvo cuando los Reglamentos administrativos confieran las mismas ventajas a los extranjeros o no residentes.

Derogación de la legislación anterior sobre asistencia a los ancianos.

La Ley de 24 de mayo de 1947 sobre asistencia a los ancianos quedará derogada a partir de la fecha de entrada en vigor del nuevo régimen.

Coordinación de los regímenes de pensión.

Otros regímenes especiales se refieren a la coordinación de los regímenes especiales de pensiones con el régimen nacional. Una pensión pagadera bajo un régimen especial de pensiones o por un empleador podrá ser reducida cuando se reciba pensión en virtud del régimen nacional; no obstante, esta reducción puede no incluir ningún aumento en la pensión nacional que se produjese después de haber dejado de participar el interesado activamente en el régimen especial más de las cuatro quintas partes de la pensión que corresponda de conformidad con el régimen nacional.

ITALIA

Reunión de los dirigentes de la Confederación de los Trabajadores Agrícolas Independientes.

En la reunión citada, tenida en Roma en los primeros días del mes de octubre, intervino, entre otros miembros del Gobierno, el Presidente del Consejo, que anunció que el Estado contribuirá en el próximo ejercicio financiero 1957-58 al sostenimiento de las pensiones de invalidez y vejez para los "cultivadores directos". La aportación se establecerá gradualmente, subdividida en un cierto número de años, para respetar las exigencias del presupuesto y no dañar a la larga a aquellos mismos a quienes se quiere proteger. "El Gobierno asume voluntariamente este compromiso, porque responde a un principio de justicia y de economía sana."

Protección de los precios de los productos agrícolas.

Con motivo de la promesa del Gobierno italiano de contribuir al sostenimiento de las pensiones de vejez e invalidez de los trabajadores agrícolas independientes, la opinión pública ha sido informada largamente sobre las necesidades de los trabajadores del campo, afectados este año por las exiguas cosechas. De ahí que se haya puesto de relieve la necesidad de extenderles los beneficios de la Seguridad Social, pero no sólo en forma de seguros, sino también a través de una política de aseguramiento de los precios, armonizando las exigencias del consumo interior con las posibilidades de la exportación, etc. En este sentido, se precave contra posibles medidas contradictorias en sus efectos. "Es lógico—se dice en "Il Messagero" de 9 de octubre—que los problemas agrícolas deben ser considerados en el cuadro de toda nuestra economía, pero no se debe desatender que la suerte de la agricultura tiene en nuestro país una influencia determinante en todos los otros ramos de la producción."

Función social de los medios económicos.

En el penúltimo día de la "Semana Social", celebrada en Bérgamo en septiembre pasado, el Cardenal Siri puso de manifiesto, con motivo del tema de estudio "Vida económica y orden moral", que una buena economía abre las bases a una buena sociología, pero que sería erróneo suponer que con una mezquina economía podrían prepararse días mejores para la sociología; esto es, "para una mejor justicia social". Una buena sanidad económica es la gran preparación para todas las realizaciones en el campo social.

Moral y actividades económicas.

En la Semana Social Católica de Bérgamo también se han tratado, entre otros muchos temas, cuestiones tan delicadas y tan propensas al casuismo moral como las de "La conciencia moral del contribuyente" y "Responsabilidad moral en la gestión de la empresa pública".

El profesor Franciso Vita, por su parte, condenó la frase común de "los negocios, son negocios"; pues esto implica que el orden económico y el orden moral funcionan independientemente el uno del otro. Alberto de Marco, en esta misma línea, analizó la función de los precios y sus límites, y el profesor Feroldi trató también, a mayor abundamiento, de la "legitimidad y límites del lucro".

NUEVA ZELANDA

Nuevas tarifas de las prestaciones de la Seguridad Social.

En virtud de las nuevas modificaciones introducidas en las tarifas de las prestaciones de la Seguridad Social, en 1.º de abril del corriente año regían las tarifas siguientes:

	Tarifa anual			Tarifa semanal	
	L	s.	d.	L	s.
Vejez: Pensión básica, a persona soltera...	195	0	0	3	15
Matrimonio...	364	0	0	7	0
Viudedad: Pensión básica...	195	0	0	3	15
Por un hijo a cargo...	123	10	0	2	7
Por dos o más hijos...	149	10	0	2	17
Orfandad: A cada huérfano...	84	10	0	1	12
Subsidio familiar: Por cada hijo...	26	0	0	0	10
Invalidez: Pensión básica...	195	0	0	3	15
Inválido menor de veinte años, sin cargas familiares...	162	10	0	3	2
Inválido con esposa a su cargo...	364	0	0	7	0
Mineros: Pensión básica...	195	0	0	3	15
Asegurado, con esposa a su cargo...	364	0	0	7	0
Viuda de un minero...	162	10	0	3	2
Enfermedad y paro: Tarifa básica...	195	0	0	3	15
Asegurado menor de veinte años, sin cargas familiares...	136	10	0	2	12
Matrimonio...	364	0	0	7	0

Además, se conceden prestaciones de urgencia y asistencia especial, en cuantía que determina, con arreglo a las circunstancias de cada caso, la Comisión de Seguridad Social.

Elevación de la pensión básica de jubilación desde abril de 1956.

La tarifa de la pensión básica de jubilación, pagadera a la edad de sesenta y cinco años, independientemente de los ingresos del solicitante, que había sido fijada desde 1.º de abril de 1955 en 95 libras anuales, ha sido aumentada, desde el día 1.º de abril del corriente año, a 100 libras.

El importe total de las pensiones pagadas durante el ejercicio fiscal que finalizó en 31 de marzo de 1956 asciende a 7.771.406 libras.

Prestaciones pagadas en régimen de reciprocidad con Australia en el ejercicio 1955-56.

En virtud del Convenio sobre Seguridad Social con Australia, los ciudadanos australianos con residencia permanente en Nueva Zelanda tienen, en general, derecho a obtener las prestaciones de la Seguridad Social en las mismas condiciones que los naturales de esta nación, en régimen de reciprocidad. El número de prestaciones y su importe en el ejercicio 1955-56 es el siguiente:

	Vejez	Viudedad	Subsidio familiar	Invalidez	Enfermedad	TOTAL
Número de prestaciones vigentes en 31 de marzo de 1956...	357	27	9	28	3	424
Importe de las prestaciones del ejercicio citado, en libras australianas...	69.956	6.834	214	6.072	619	83.695

En caso de que los residentes de alguno de los dos países citados realice viajes de corta duración al otro país, los beneficios de la Seguridad Social se les conceden a cuenta de las prestaciones recíprocas que otorga el país de residencia habitual.

SUIZA

Seguro privado contra riesgo de ceguera incurable.

Recogemos como novedad la noticia de haberse comenzado por determinada aseguradora privada a cubrir el riesgo de ceguera incurable

por enfermedad. La ceguera sólo se indemnizaba hasta ahora por las aseguradoras de accidentes, y cuando en alguno de éstos, tenía su origen.

Funciona este Seguro a prima única, y con indemnización también única, en forma de capital. La prima puede variar de acuerdo con las combinaciones deseadas: 8 por 1.000 del capital asegurado, para la ceguera total; 14 por 1.000, si se conviene indemnizar con el 25 por 100 del capital asegurado la pérdida de visión en un solo ojo, recibiendo el restante 75 por 100 caso de quedar inutilizado el otro también posteriormente; 25 por 1.000, cuando el que pretende asegurarse carece ya de vista en un ojo y desea tener cubierto el riesgo de la ceguera total. Mediante un recargo a convenir, se admite el pago de la prima en plazos trimestrales o semestrales durante diez años. No está prevista una gradación de primas según el deseo del asegurado o siguiendo otros criterios, problema que será interesante estudiar en el futuro.

El Seguro es valedero para toda la vida, con la reducción del capital a la mitad si el asegurado tiene más de setenta años, único caso de restricción previsto.

La condición de incurable se determina por el oculista de la entidad aseguradora, decidiendo definitivamente un tercer especialista nombrado por las partes, si existiera desacuerdo entre aquél y el oculista del asegurado.

No corresponde indemnización cuando la ceguera tiene su origen en imprudencia grave, en operaciones bélicas o en intento de suicidio.

III. - LEGISLACION

CHILE

Reglamento orgánico para la aplicación de la Ley núm. 6.174, sobre Medicina Preventiva.

MODIFICACIONES

(*Diario Oficial* núm. 23.440, de 3 de mayo de 1956.)

Año 1955.—Aprueba el Reglamento orgánico para la aplicación de la Ley núm. 6.174, de 31 de enero de 1938.

Número 1.082.—Santiago, 24 de noviembre de 1955.—Vista la facultad que me confiere el número 2 del artículo 72 de la Constitución Política del Estado, decreto:

1.º Deróganse los Decretos números 360, de 9 de mayo de 1938; 620, de 18 de mayo de 1939; 219, de 6 de marzo de 1940; 539, de 27 de mayo de 1941, y 806, de 30 de abril de 1937, todos de este Ministerio, y Decreto núm. 5.110, de 18 de diciembre de 1946, del Ministerio de Hacienda.

2.º Apruébase el siguiente Reglamento orgánico para la aplicación de la Ley núm. 6.174, de 31 de enero de 1938, sobre Medicina Preventiva, modificada por Leyes números 6.422, de 21 de septiembre de 1939, y 11.855, de 15 de julio de 1955.

TITULO PRIMERO

Disposiciones generales.

ARTÍCULO 1.º El presente Reglamento se aplicará a todas las Cajas de Previsión a que se refiere el artículo 1.º de la Ley número 6.174, al Servicio Nacional de Salud, al Servicio de Seguro Social, al Servicio Médico Nacional de Empleados, en lo que fuere compatible a los Servicios del Ejército, Armada y Aviación, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley núm. 6.501; a la Caja Bancaria de Pensiones y a las Instituciones de Previsión que se creen en el futuro.

ART. 2.º Tendrán derecho a los beneficios de la Ley núm. 6.174 todos los imponentes activos de las Instituciones de Previsión a que se refiere el artículo anterior. Las Comisiones de Medicina Preventiva deberán conocer los antecedentes que acrediten la calidad de imponente.

Para los efectos del inciso anterior, se entenderá que es imponente activo del Servicio de Seguro Social, y, en consecuencia, que está al día en el pago de las imposiciones, el imponente que hubiere dejado de cotizar hasta por tres meses calendario desde su salida del empleo, por encontrarse en cesantía involuntaria. Los asegurados independientes de dicho Servicio deberán tener imposiciones ininterrumpidas en los tres meses calendario que preceden a aquel en que soliciten la atención médica.

No obstante lo dispuesto en el inciso 1.º, los imponentes del Servicio de Seguro Social, para gozar del subsidio de reposo preventivo, a que se refieren los artículos 43 y siguientes del presente Reglamento, deberán, además, tener un mínimo de seis meses de afiliación y de trece semanas de imposiciones en los últimos seis meses calendario.

Las disposiciones sobre Medicina Preventiva y el presente Reglamento se aplicarán a todos los imponentes señalados en el inciso 1.º, sin atenerse a la denominación o calidad especial que a ellos les asignen otras leyes o reglamentos, quedando, por tanto, comprendidos en los términos genéricos de «obreros o empleados» que usa la Ley.

ART. 3.º Para el mejor cumplimiento de las disposiciones sobre Medicina Preventiva, el Presidente de la República dictará, si así fuere necesario, reglamentos especiales para los distintos tipos de Cajas o Servicios, que, en todo caso, se sujetarán a las normas generales contenidas en el presente Reglamento.

ART. 4.º Las normas o instrucciones que se dicten para cada una de las enfermedades comprendidas en la Medicina Preventiva deberán ser aprobadas por Decreto supremo, y se tendrán como parte integrante del presente Reglamento.

Las normas e instrucciones relativas a la forma y periodicidad del examen de salud para los imponentes del Servicio de Seguro Social serán establecidas por el Consejo del Servicio Nacional de Salud.

ART. 5.º Los Servicios de Medicina Preventiva de las Cajas deberán vigilar el estado de salud de sus imponentes y adoptar las medidas necesarias para descubrir y tratar oportunamente aquellas

enfermedades cuya terapéutica precoz resulta más económica e impide el desarrollo de complicaciones irreversibles, que conducen a una invalidez prematura, como la tuberculosis y la sífilis, y aquellas en que una adaptación del trabajo a la capacidad física del individuo permite prolongar la vida activa, como las afecciones cardiovasculares y las enfermedades profesionales.

Quedará comprendido igualmente en la Medicina Preventiva, pero sólo para los efectos del examen de salud, el glaucoma.

También quedará comprendido en la Medicina Preventiva el cáncer, de acuerdo con las disposiciones del Decreto núm. 500, de 8 de mayo de 1954, del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social.

Las prestaciones correspondientes se otorgarán dentro de las disponibilidades técnicas y económicas de los Organismos señalados en el artículo 1.º del presente Reglamento, calificadas por la Superintendencia de Seguridad Social.

ART. 6.º Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso 3.º del artículo anterior, los derechos que concede la Ley 6.174 a los imponentes son:

- a) tratamiento gratuito de las enfermedades indicadas en el artículo 5.º, dentro de las limitaciones que se establezcan en la reglamentación especial de cada Institución;
- b) examen de salud;
- c) reposo preventivo, total o parcial;
- d) subsidio de reposo, y
- e) derecho a conservar la propiedad del cargo, de acuerdo con los artículos 56 y siguientes de este Reglamento.

ART. 7.º El examen de salud y demás beneficios de carácter médico, de que tratan la Ley 6.174 y el presente Reglamento, podrán ser extendidos a los imponentes pasivos y a las familias de los imponentes en los casos y condiciones que se establezcan en el Reglamento especial de cada Caja.

ART. 8.º Al Servicio Médico Nacional de Empleados corresponde el Servicio de Medicina Preventiva de las Cajas y Organismos auxiliares enumerados en el DLF 232, de 23 de julio de 1953.

Al Servicio Nacional de Salud corresponde el cumplimiento de la Ley 6.174, con respecto a los afiliados del Servicio de Seguro Social, de acuerdo con la Ley 10.383.

ART. 9.º Las Cajas que actualmente cubren el riesgo de enfermedad organizarán las prestaciones médicas de manera que com-

prendan las que ha establecido la Ley 6.174, sobre Medicina Preventiva, y su Reglamento orgánico.

Las Cajas que no cubren el riesgo de enfermedad deberán establecer servicios médicos para otorgar las prestaciones que les impone la citada Ley. Las Cajas podrán asociarse para estos fines, coordinar sus servicios y celebrar convenios entre ellas, con el objeto de hacer una atención más eficiente y abaratar su costo.

La asociación, coordinación o celebración de convenios entre las Cajas o Servicios, con los que ya tengan establecidos servicios médicos, serán obligatorias en aquellas localidades en que el número de imponentes no justifique la creación de servicios propios, a juicio del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social.

La organización que las Cajas o Servicios acuerden dar a los Servicios de Medicina Preventiva, y los convenios que celebren entre ellos, deberán también ser aprobados por el Ministerio mencionado.

ART. 10. Cuando a una Caja o Servicio no le resultare económico establecer los Servicios de Medicina Preventiva, cumplirá las obligaciones que le impone la Ley 6.174, poniendo el 2,5 por 100, o el 3,75 por 100, en su caso, de sus entradas brutas a disposición del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social, el cual se encargará de contratar los servicios correspondientes en otra Institución de Previsión. El subsidio de reposo será de cargo de la Caja a la cual esté afiliado el imponente.

TITULO II

De los equipos y del examen de salud.

PARRAFO PRIMERO

De los equipos médicos.

ART. 11. El examen de salud, a que se refieren los artículos 17 y siguientes, será realizado por equipos médicos en la forma que más adelante se establece.

ART. 12. Los equipos médicos serán establecidos y designados por los Consejos de las respectivas Cajas o Servicios, a propuesta de las Jefaturas Médicas, en el número que sea necesario para el mejor y más expedito cumplimiento de la Ley 6.174, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 5.º del DFL 232, de 3 de agosto de 1953.

ART. 13. Los equipos médicos estarán constituidos por un médico jefe y el personal de ayudantes y auxiliares necesarios.

ART. 14. Los equipos médicos podrán ser mixtos, esto es, podrán servir a dos o más Cajas o Servicios y estar constituidos por personal perteneciente a diversos Organismos de Previsión, en conformidad a los acuerdos que celebren entre ellos.

ART. 15. Los equipos médicos estarán autorizados para hacer los exámenes de salud en las fábricas, faenas, obras, establecimientos u oficinas donde se desempeñen los obreros o empleados, y los patronos, o empleadores, estarán obligados a permitirles la entrada y a prestarles la cooperación que soliciten. La resistencia a la labor de los equipos indicados será sancionada de acuerdo con el artículo 13 de la Ley.

El examen de salud deberá realizarse fuera de las horas de trabajo, salvo que se acordare otra cosa con el patrono, empleador o jefe de repartición pública.

ART. 16. Para el Servicio Nacional de Salud, se entenderá que los equipos mencionados en los artículos anteriores son los Servicios Médicos del Centro de Salud correspondiente, quienes desempeñarán todas las funciones que en este Reglamento se asignan a los primeros.

El examen de salud será efectuado por los Servicios del Centro de Salud que corresponda, de acuerdo con las normas e instrucciones que elaboren al respecto los Departamentos técnicos del Servicio Nacional de Salud.

En las normas e instrucciones a que se refiere el inciso anterior se indicarán, en todo caso, aquellas localidades en las cuales, atendidas las condiciones de salubridad y demás antecedentes técnicos, deba realizarse de preferencia el examen de salud.

PARRAFO II

Del examen de salud.

ART. 17. El examen médico tiene por objeto vigilar el estado de salud de los imponentes, y adoptar las medidas necesarias para descubrir y tratar oportunamente las enfermedades señaladas en el artículo 5.º

ART. 18. Las Cajas y Servicios adoptarán las medidas conducentes a realizar en forma sistemática el empadronamiento sanitario de la población afiliada, por medio del examen periódico de salud, que será obligatorio para los imponentes, pudiendo, para tal efecto, dis-

poner la realización de dicho examen o su repetición cuantas veces lo estime conveniente.

Asimismo, las Cajas no darán curso a ninguna prestación, en que se soliciten algunos de los beneficios facultativos que éstas otorgan, del imponente que no acredite haberse sometido a examen. Para dicho efecto, los Servicios Médicos otorgarán un certificado al imponente examinado.

La Superintendencia de Seguridad Social velará especialmente por el cumplimiento de estas disposiciones.

ART. 19. Los imponentes tienen derecho a que se les practique gratuitamente un examen de salud, destinado a descubrir las enfermedades indicadas en el artículo 5.º, en los siguientes casos:

- a) A solicitud del interesado, cada seis meses;
- b) En cualquier época, por síntomas que hagan sospechar la existencia de alguna de las enfermedades a que se ha hecho referencia;
- c) Por envío de Medicina Curativa;
- d) En caso de contacto de enfermos o fallecidos, y
- e) Por embarazo.

ART. 20. El examen de salud consistirá en las siguientes pruebas, como mínimo:

- a) Examen clínico somero, consistente en peso, talla, inspección general, pulso, presión arterial y auscultación del tórax (corazón, pulmones);
- b) Examen radiológico del tórax;
- c) Reacción del Khan o Wassermann, y
- d) Tonometría, examen que solamente se practicará a los imponentes con más de treinta y cinco años de edad.

En el Servicio Nacional de Salud, el examen de salud consistirá en una o más pruebas de las señaladas en el inciso anterior, de acuerdo con las normas e instrucciones establecidas al efecto por la Institución, previo informe favorable de la Superintendencia de Seguridad Social.

ART. 21. El examen de salud obliga a:

- a) Someterse al tratamiento indicado por el médico;
- b) Concurrir a los servicios de tratamiento en los días y horarios señalados, y
- c) Someterse a la vigilancia médica preventiva periódica.

ART. 22. Si el examen de salud revelare alguna de las enfermedades a que se refiere el artículo 5.º, el imponente será sometido de inmediato a tratamiento.

Si el Equipo Médico estimare que el imponente requiere reposo preventivo, total o parcial, enviará las informaciones necesarias a la Comisión de Medicina Preventiva correspondiente, la que determinará acerca del reposo preventivo y sus condiciones.

Si la enfermedad descubierta fuere tuberculosis, se procederá de inmediato al examen del grupo familiar, poniendo en práctica los medios actuales de la lucha antituberculosa, tales como B.C.G. y otros que determine la Comisión de Medicina Preventiva. En el Servicio Nacional de Salud, esta determinación será hecha por los Departamentos Técnicos correspondientes, y en el Servicio Médico Nacional de Empleados se procederá de acuerdo con lo establecido en el Decreto núm. 1.070, de 17 de noviembre de 1954, del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social.

ART. 23. Cuando el examen de salud revelare alguna afección que no se encuentre comprendida entre las mencionadas en el artículo 5.º, o cuando la Comisión de Medicina Preventiva no acordare reposo, las Cajas o Servicios que tengan atención médica procurarán al enfermo los medios necesarios para tratarse, de conformidad a las disposiciones que rijan en la respectiva Institución.

El mismo procedimiento anterior se adoptará cuando el examen de salud revelare que el imponente es glaucomatoso; pero si las Cajas o Servicios no contaren con atención médica especializada deberán indicar al enfermo los centros o establecimientos donde pueda tratarse.

Si el examen de salud revelare que el imponente es sospechoso de glaucoma, deberá someterse a la vigilancia médica preventiva periódica cada tres meses, y si en tres controles sucesivos no se confirma el diagnóstico, se dará de alta como sano. La misma vigilancia preventiva deberá realizarse cada cuatro meses, cuando el imponente fuere clasificado como glaucomatoso recuperable con tratamiento médico.

En ninguno de los casos anteriores, el imponente tendrá derecho a reposo preventivo, pero podrá acogerse a licencia por enfermedad, en conformidad con la legislación que le sea aplicable, si el tratamiento médico así lo exigiere.

ART. 24. Cuando se trate de enfermos irrecuperables que reúnan los requisitos para jubilar por invalidez, de acuerdo con su respectivo régimen provisional, la Comisión de Medicina Preventiva deberá

indicar, de inmediato, la necesidad de iniciar el examen de jubilación, supuesta la aceptación del interesado.

ART. 25. Todo médico de Caja o Servicio que atiende a enfermas o embarazadas, que sospechare la existencia de alguna enfermedad de las señaladas en el artículo 5.º, tendrá la obligación de enviarla al equipo correspondiente.

ART. 26. Para satisfacer las necesidades derivadas de la aplicación de la Ley, las Cajas o Servicios destinarán fondos, independientes o asociados, con el fin de construir o instalar: Casas de Reposo, Centros de Readaptación o de Reeducción Profesional, Colonias Agrícolas, Centros de Recreación y Colonias de Veraneo y Descanso.

Las Cajas o Servicios deberán establecer en sus reglamentos particulares los casos y condiciones en que sus imponentes podrán utilizar las Casas de Reposo y demás establecimientos que habiliten o instalen para cumplir las finalidades de la Ley de Medicina Preventiva.

También fijarán las tarifas de costo de la atención y estado de los establecimientos a que se refiere el inciso anterior, y la cuota de ellas con que el afectado deberá contribuir, en proporción con el monto del subsidio-reposo que reciba.

La cuota será descontada directamente del subsidio-reposo.

Iguales disposiciones regirán para los tratamientos no gratuitos.

TITULO III

De las Comisiones de Medicina Preventiva.

ART. 27. Las Comisiones de Medicina Preventiva serán establecidas por los Consejos de las respectivas Cajas o Servicios, a propuesta de las Jefaturas Médicas, en el número que sea necesario para el mejor y más expedito cumplimiento de la Ley 6.174.

En el Servicio Nacional de Salud, las Comisiones serán nombradas por el Director general, a propuesta de los jefes zonales correspondientes, salvo en Santiago, donde las nombrará directamente, sin necesidad de propuesta.

En el Servicio Médico Nacional de Empleados, las Comisiones serán designadas por el Vicepresidente ejecutivo, a propuesta de los jefes regionales correspondientes.

La composición y nombramiento de las Comisiones deberá ser

comunicada a la Comisión Central de Reclamos, dentro del tercer día de efectuados los nombramientos señalados en los incisos anteriores.

ART. 28. Las Comisiones de Medicina Preventiva podrán ser mixtas, en la misma forma señalada para los Equipos Médicos por el artículo 14.

ART. 29. Las Comisiones de Medicina Preventiva estarán constituidas, a lo menos, por tres médicos, dos de los cuales serán especialistas en las enfermedades que se tratan, y uno, internista.

En los casos especiales, calificados por la Superintendencia de Seguridad Social, las mencionadas Comisiones estarán constituidas por dos médicos, uno de los cuales deberá ser necesariamente especialista de las enfermedades que se tratan.

ART. 30. Corresponde a las Comisiones de Medicina Preventiva determinar si se debe conceder al imponente reposo preventivo total o parcial.

ART. 31. Las Comisiones de Medicina Preventiva, para dictaminar, formarán un expediente con los datos que les proporcione el respectivo Equipo Médico, a saber:

- a) Historia clínica y examen completo del enfermo, según las normas contenidas en las instrucciones, y
- b) Encuesta social, que comprenda el estudio individual y familiar.

ART. 32. La Comisión de Medicina Preventiva, al explicar un dictamen, deberá consignar:

- a) Diagnóstico clínico;
- b) Probabilidades de recuperación del enfermo, de acuerdo con las normas dictadas para cada enfermedad;
- c) Tratamiento que se sugiere y establecimiento donde debe concurrir para tratarse; la Comisión establecerá en su dictamen que el tratamiento quedará a cargo del médico tratante, pero conservará en todo caso la facultad de controlar dicho tratamiento y de introducirle las modificaciones que estimare necesarias para la más rápida recuperación del enfermo, y
- d) Si debe someterse a reposo o no. En caso afirmativo, si es total o parcial, el tiempo que debe durar; si debe cumplirse en casa de salud o en clima especial, internado o no en un establecimiento.

En caso de acordarle el reposo preventivo, deberá comunicarse su resolución al patrono, empleador o jefe de repartición pública a que pertenezca el afectado, como igualmente a la Jefatura del Servicio Médico de la Caja o Institución.

No debe incluirse en la comunicación destinada al patrono, empleador o jefe de repartición pública ningún dato referente a los resultados del examen o de la encuesta social, en su caso.

ART. 33. Los médicos y demás personal, a quienes en razón de sus funciones les corresponda intervenir en el examen de salud o en el otorgamiento de los reposos preventivos, estarán obligados a guardar el más estricto secreto acerca de las afecciones de que padecen los interesados, tratamientos y detalles de la encuesta social.

El incumplimiento de esta obligación será motivo suficiente para separarlo de su cargo, si dependiere directamente de la Caja.

En caso contrario, la Caja o Servicio deberá proceder a reemplazarlo, determinación que comunicará a los jefes del infractor. Los reclamos que se produzcan por infracción a esta disposición serán conocidos por la Jefatura del Servicio Médico de la Caja o Servicio Médico correspondiente, para la aplicación de la medida disciplinaria a que se refiere el inciso anterior.

Lo dispuesto en los incisos anteriores se entenderá sin perjuicio de lo establecido en el artículo 34 de la Ley 10.223.

ART. 34. Los Secretarios de las Comisiones de Medicina Preventiva tendrán el carácter de ministro de fe para autorizar todas las actuaciones que realicen dichos Organismos.

La notificación de sus resoluciones deberá efectuarse por carta certificada, y se entenderá practicada en la fecha en que conste que ha sido recibida por el destinatario, circunstancia que, en caso de duda, será calificada por la Comisión Central de Reclamos para los efectos del cómputo del plazo establecido por el artículo siguiente.

En todo caso, los secretarios deberán dejar constancia en el expediente respectivo de la fecha de expedición de la carta a que se refiere el inciso anterior.

TITULO IV

De la Comisión de Reclamos.

ART. 35. En la ciudad de Santiago funcionará una Comisión Central, que será competente para conocer y resolver los reclamos que los patronos o empleadores, los obreros o empleados afectados,

o cualquiera persona que tenga interés, entablen en contra de los acuerdos que adopten las Comisiones de Medicina Preventiva.

El plazo para interponer los reclamos a que se refiere el inciso anterior será de cinco días fatales, contados desde la fecha de la notificación del acuerdo o acuerdos contra los cuales se presenta.

Fuera del Departamento de Santiago, los reclamos se podrán interponer, dentro del plazo señalado en el inciso anterior, directamente ante la Comisión Central o ante el Intendente o Gobernador respectivo. En este último caso, el Intendente o Gobernador enviará de inmediato el reclamo deducido y antecedentes a la Comisión Central de Reclamos.

Se entenderá interpuesto el reclamo en la fecha de expedición de la carta certificada en que se ha enviado a la Comisión o a la Gobernación o Intendencia, y si se ha entregado personalmente, en la fecha en que conste que se ha recibido en la respectiva oficina donde funciona la Comisión o dichas autoridades.

ART. 36. La Comisión Central de Reclamos será una Dependencia de la Superintendencia de Seguridad Social, y se compondrá de tres médicos y de un secretario, que ejercerá las funciones de ministro de fe en los casos que la Ley y el presente Reglamento lo requieran.

Los médicos serán designados por las siguientes personas:

Uno, por el Presidente de la República, que la presidirá, y que deberá ser funcionario de la Superintendencia de Seguridad Social.

Uno, por los empleadores y patronos; y

Uno, por los empleados y obreros.

Estos miembros durarán tres años en sus funciones, y podrán ser reelegidos.

Estos cargos serán incompatibles con los de miembros de las Comisiones de Medicina Preventiva, y los funcionarios que los desempeñen deberán ser, en lo posible, especialistas en tuberculosis, enfermedades cardiovasculares, profesionales o en Medicina interna.

ART. 37. Para la designación del representante médico de empleadores y patronos, cada Institución patronal con personalidad jurídica deberá presentar al Gobierno, por conducto del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social, una quina, de entre cuyos nombres el Presidente de la República efectuará la designación.

Para la confección de la quina, cada Institución patronal, o de empleadores, procederá a hacer la elección por acuerdo de su Direc-

torio, el que se conformará a las normas que determinan sus respectivos estatutos.

Junto con la quina, se acompañará el comprobante de la correspondiente personalidad jurídica de la Institución patronal electora, y copia del acta de la sesión del Directorio que eligió la quina.

ART. 38. Para la designación del representante médico de empleados y obreros se seguirá el siguiente procedimiento:

- a) El Director General de Trabajo deberá notificar a los directores de los Sindicatos obreros y de empleados, y a las Asociaciones de empleados u obreros con personalidad jurídica, por medio de dos avisos que en días seguidos se publicarán en cuatro diarios de mayor circulación en Santiago y en el diario principal de la cabecera de provincia respectiva, y uno en el *Diario Oficial*, que cada uno de ellos debe proponer una quina de cinco médicos para proveer el cargo de representante médico de empleados y obreros en la Comisión Central de Reclamos. En los avisos deberá indicarse el plazo que dichas Instituciones tienen para hacer llegar a la Dirección General de Trabajo los nombres de las personas que propongan, plazo que no podrá ser superior a quince días, contados desde la fecha de la primera publicación. Junto con el voto, que deberá ser firmado por el Presidente y Secretario de la Institución, deberá acompañarse un documento auténtico que certifique la personalidad jurídica vigente;
- b) Vencido el plazo mencionado precedentemente, el Director General de Trabajo confeccionará una quina, compuesta por los nombres que, figurando en las quinas señaladas en la letra anterior, hubieren obtenido las cinco más altas mayorías. En el caso de que más de una persona haya obtenido en empate una de las cinco primeras mayorías, el Director General de Trabajo determinará por sorteo la persona a quien corresponda ocupar un lugar en la quina. Dicha quina deberá ser comunicada al Ministerio de Salud Pública y Previsión Social, y, de entre sus miembros, el Presidente de la República efectuará la designación.

ART. 39. Corresponderá a la Comisión Central de Reclamos:

- a) Resolver los reclamos que patronos o empleadores, obreros o empleados, o cualquiera persona que tenga interés, en-

tablen en contra de los acuerdos que adopten las Comisiones de Medicina Preventiva ;

- b) Resolver las cuestiones a que dé origen la aplicación del inciso 1.º del artículo 12 de la Ley 6.174. Su resolución será inapelable y tendrá mérito ejecutivo ;
- c) Aplicar las multas a que se refiere el artículo 13 de la Ley 6.174, de acuerdo con el procedimiento señalado en el título VII ;
- d) Informar anualmente a la Superintendencia de Seguridad Social de los vacíos, dudas y dificultades que observe en la aplicación de la Ley 6.174.

ART. 40. La Comisión Central de Reclamos será convocada por su Presidente cada vez que tenga asuntos que tratar, y funcionará, en primera citación, con la mayoría de sus miembros, y si dicha mayoría no se reuniere, funcionará, en segunda citación, con los que asistan.

La Comisión deberá elevar al Superintendente de Seguridad Social una terna, compuesta por tres funcionarios de la Superintendencia, de entre cuyos nombres el Superintendente designará al Secretario, que desempeñará sus funciones sin derecho a mayor remuneración.

ART. 41. Los miembros de la Comisión Central de Reclamos, representantes de empleadores y patronos y de empleados y obreros, gozarán de una dieta de \$ 500 por cada sesión a que asistan, con un máximo de \$ 6.000 mensuales.

El pago de esta dieta será hecho por la Superintendencia de Seguridad Social, con cargo a los fondos a que se refiere el artículo 79 de la Ley 8.283.

ART. 42. El Secretario de la Comisión Central de Reclamos tendrá el carácter de ministro de fe para hacer la notificación de las resoluciones que pronuncie la Comisión, y para autorizar todas las actuaciones que le correspondan, en conformidad a la Ley y a este Reglamento.

Las notificaciones que sea preciso practicar se podrán hacer también por algún empleado de la Comisión o personal de Carabineros a quien se encomendare la diligencia, quienes procederán con sujeción a las instrucciones que se le impartan, dejando testimonio escrito de su actuación en la forma ordinaria.

TITULO V**Del reposo preventivo.**

ART. 43. Reposo preventivo es un derecho que la Ley concede a los imponentes activos de las Cajas o Servicios que padecen de una o varias de las enfermedades determinadas en el presente Reglamento, o que, por su estado deficiente de salud, están expuestos a contraerlas, siempre que la suspensión total o parcial del trabajo sea parte de su tratamiento racional y que se encuentren en condiciones de ser recuperados, o de prolongárseles la vida activa y la capacidad productora.

Este derecho consiste en la facultad de reducir la jornada ordinaria de trabajo a la mitad o de suspenderla totalmente, por un período determinado, conservándole al afectado su ocupación, y teniendo derecho a gozar del subsidio-reposo.

En el primer caso, se llama Reposo Preventivo Parcial, y en el segundo recibe el nombre de Reposo Preventivo Total.

Para gozar de este derecho se necesita que sea declarado por la Comisión de Medicina Preventiva en la forma establecida por la Ley y su Reglamento.

Lo establecido en los incisos anteriores se entenderá sin perjuicio de lo preceptuado en el inciso tercero del artículo 5.º y en el inciso final del artículo 23.

ART. 44. Las normas técnicas que regirán el otorgamiento del reposo preventivo, total o parcial, serán fijadas en las instrucciones a que se refiere el artículo 4.º

ART. 45. La forma de reposo parcial no deberá aplicarse en aquellas faenas donde la interrupción de la jornada de trabajo produzca perturbaciones, sustituyéndose en tales casos por la jornada de reposo total.

En caso de duda se deberá, antes de decretarse, pedir informe a la Jefatura Médica de la Caja o Servicio, la cual se encargará de hacer el estudio correspondiente y evacuar la consulta.

ART. 46. Por jornada diaria de trabajo se entiende, para los obreros y empleados afectos al Código del Trabajo, la definida en los artículos 24, 125 y 128 del mismo, y para las demás personas a que se refiere la Ley de Medicina Preventiva, la fijada por las Jefaturas correspondientes, en conformidad a las disposiciones legales y reglamentarias que rijan en las Instituciones en que se desempeñen.

ART. 47. Las Comisiones de Medicina Preventiva estarán facultadas

tadas para determinar, en cada caso, la forma cómo las personas que desempeñan funciones que, por su naturaleza, no están sometidas a jornadas de trabajo, podrán cumplir el reposo preventivo.

TITULO VI

Del subsidio de reposo.

ART. 48. El subsidio-reposo es la cantidad de dinero que la Caja de Previsión o Servicio a que está afecto el imponente abona a éste durante el tiempo que permanece en reposo preventivo parcial o total, y que equivale, en el primer caso, a la mitad, y en el segundo, al total de la suma sobre la cual el imponente cotiza en la Caja o Servicio respectivo.

Esta suma se determinará calculando el promedio de las cantidades sobre las cuales el empleado haya impuesto en los últimos tres meses, o si hubiere impuesto por un lapso menor, por el promedio de dicho período.

Los empleados particulares tendrán derecho a reclamar el aumento del subsidio cuando el aumento del sueldo otorgado por su empleador conste en el contrato de trabajo, y éste sea anterior en seis meses a la solicitud en que el reposante pide el aumento del subsidio de reposo, o cuando el mayor sueldo sea el resultado de un ajuste o reajuste general de los sueldos de la Empresa.

Para los efectos de determinar el subsidio de reposo que corresponde a los empleados sujetos a comisiones o participaciones que se liquiden por períodos superiores a un mes, se considerará el promedio de las cantidades sobre las cuales se haya impuesto en los últimos seis meses anteriores a la vigencia del reposo.

Respecto de los empleados públicos y demás imponentes de la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, el subsidio-reposo será igual al monto de las remuneraciones mensuales sobre las cuales cotizan, sumando los sobresueldos y las gratificaciones que tengan el carácter de sueldo para los efectos legales.

El subsidio-reposo del empleado de una Institución fiscal o semifiscal será igual al sueldo de que disfrute en el momento de decretarse, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior.

Si durante el reposo preventivo el imponente empleado de una Institución fiscal o semifiscal tuviere un aumento de sueldo, el subsidio-reposo será igual al mayor sueldo de que disfrute el empleado.

En el caso de los obreros, el subsidio de reposo será igual al

promedio del salario diario sobre el cual haya impuesto el asegurado en los últimos seis meses calendario. Este promedio se determinará dividiendo por ciento ochenta el total del salario o rentas a que correspondan las imposiciones de dicho período. De esta cantidad se descontará el 15 por 100 para el pago de imposiciones; si el asegurado fuere hospitalizado, se descontará del monto del subsidio un 15 por 100 más para cubrir el costo de su alimentación en el hospital.

Los obreros tendrán derecho a reclamar el aumento del subsidio de reposo en los mismos casos contemplados en el inciso tercero de este artículo.

ART. 49. El subsidio-reposo que corresponda se pagará directamente al interesado, en las mismas condiciones de tiempo en que se ajustaban sus emolumentos, cuando estaba trabajando en forma activa, siempre que no tenga cargas de familia. En caso contrario, deberá repartirse esta suma de acuerdo con los resultados de la encuesta social, y entregarse directamente a la o a las personas que correspondan las cantidades necesarias, de acuerdo con las cargas de familia que se hubiesen determinado.

En el Servicio Nacional de Salud, el subsidio de reposo podrá pagarse mensualmente.

ART. 50. El reposo preventivo, una vez acordado, produce los siguientes efectos:

1.º Respecto del empleador o patrono:

- a) Respetar el tipo de reposo preventivo acordado;
- b) La obligación de conservar el puesto al obrero o empleado por el tiempo que dure el reposo preventivo;
- c) No poder despedirlo desde que inicie los trámites correspondientes, mientras permanezca en reposo preventivo y hasta seis meses después que la Comisión de Medicina Preventiva lo dé de alta declarándolo capacitado para el trabajo, salvo en los casos previstos en el artículo 11 de la Ley, en relación con el artículo 57 de este Reglamento;
- d) Colocar a media jornada de trabajo al individuo sometido a reposo parcial, conservándole el goce equivalente del 50 por 100 de la remuneración de la jornada ordinaria de trabajo de que gozaba en el momento de ser puesto en reposo;
- e) Pagar al empleado afecto al Decreto con fuerza de Ley número 256, de 24 de julio de 1953, las remuneraciones no

imponibles de que estuviera disfrutando por el período de reposo preventivo, y

- f) Reponer en su puesto al obrero o empleado que haya terminado el período de reposo.

2.º Respecto del obrero o empleado:

- a) Reduce la jornada ordinaria de trabajo a la mitad o la suspende totalmente;
- b) Percibe la mitad de su remuneración de trabajo ordinario y el subsidio-reposo parcial o el subsidio-reposo total, según el caso, deducidos los descuentos autorizados por el presente Reglamento;
- c) No podrá desempeñar durante el régimen de reposo, o durante las horas destinadas a dicho régimen, si se ha decretado en forma parcial, ninguna clase de trabajo remunerado o no, y
- d) Deberá cumplir con las siguientes obligaciones:
 - 1) Someterse al tratamiento indicado por el médico;
 - 2) Concurrir a los Servicios de Tratamiento en las horas y días que le hayan fijado;
 - 3) Cumplir el reposo en los sitios o establecimientos que le indiquen, y someterse a los reglamentos internos de dichos establecimientos, y
 - 4) Las demás condiciones que se le fijen al otorgársele el reposo preventivo.

El incumplimiento de cualquiera de las obligaciones indicadas en la letra d) autoriza a la Comisión de Medicina Preventiva para suspender el régimen de reposo al rebelde durante el tiempo que rehusare someterse a las prescripciones médicas.

ART. 51. Las Cajas de Previsión o Servicios, en relación con el reposo preventivo de los imponentes, deberán cumplir las siguientes obligaciones:

- a) Abonar el total o el 50 por 100 del subsidio-reposo que corresponde deduciendo las imposiciones y descuentos legales, las acordadas en los reglamentos especiales de cada Caja o Servicio, de acuerdo con lo prescrito en el presente Reglamento;
- b) Abonar el total o el 50 por 100 de las imposiciones patronales actuales de los imponentes sometidos a reposo preventivo total o parcial;

- c) Dispensarle atención médica, en conformidad al Reglamento especial de cada Caja o Servicio, y
- d) Proporcionarle gratuitamente los medicamentos u otros medios terapéuticos necesarios para el tratamiento, dentro de las posibilidades reglamentarias de cada Caja o Servicio. Las Cajas o Servicios podrán disponer de franquicias para abaratar a los imponentes la adquisición de otros medicamentos.

ART. 52. Respecto de las Cajas de Previsión y Organismos auxiliares mencionados en el Decreto con fuerza de Ley núm. 232, de 23 de julio de 1953, el pago de los subsidios de reposo y demás prestaciones económicas establecidas en el artículo anterior será efectuado por el Servicio Médico Nacional de Empleados.

Sin embargo, para los funcionarios de la Administración Pública, el pago de los subsidios de reposo preventivo será realizado por las Tesorerías Provinciales, con arreglo a las siguientes normas:

1.ª El Servicio Médico Nacional de Empleados enviará un ejemplar del correspondiente Decreto de reposo preventivo a la Tesorería Provincial respectiva; otro, a la repartición a que pertenece el funcionario, y un tercero, a la Contraloría General.

2.ª Las Tesorerías pagarán los subsidios de reposo por cuenta del Servicio Médico Nacional de Empleados, conjuntamente con los sueldos fiscales. Para este efecto, exigirán la presentación de planillas separadas con las personas acogidas a reposo, cuyas remuneraciones se ajustarán con cargo a la Cuenta Especial E-24 «Servicio Médico Nacional - Subsidios de Reposo».

3.ª Las Tesorerías que hayan efectuado un pago de cargo a dicha cuenta enviarán mensualmente a la Contraloría General una relación de ellos, acompañada de una copia de las planillas pertinentes.

4.ª La Contraloría General formulará mensualmente un cargo al Servicio Médico Nacional de Empleados para los pagos realizados por ese concepto, y le remitirá copia de las planillas enviadas por las Tesorerías.

5.ª Dentro del quinto día de recibido el oficio de cargo, el Servicio Médico Nacional de Empleados depositará el valor correspondiente en la Tesorería Provincial de Santiago, y remitirá copia del comprobante de ingreso a la Contraloría General; y

6.ª El reparo que merezca al Servicio Médico Nacional de Empleados el pago de algún subsidio deberá formularlo directamente

a la Tesorería respectiva, sin perjuicio de cubrir un monto en la forma indicada en la norma anterior.

ART. 53. El reposo preventivo durará el tiempo que determine la Comisión de Medicina Preventiva, no pudiendo otorgarse por períodos mayores de tres meses, sin perjuicio de que éstos puedan ser renovados cuantas veces se estime necesario.

No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, los empleados particulares que hagan imposiciones en la Caja de Previsión de Empleados Particulares o en los Organismos auxiliares, y que estuvieren sometidos a reposo preventivo por más de un año, están obligados a jubilar por vejez si cumplen con los requisitos para obtener dicho beneficio de acuerdo con la Ley 10.475.

ART. 54. El reposo preventivo parcial podrá ser sustituido por el simple cambio de labores en jornada ordinaria de trabajo, siempre que éstas sean compatibles con el estado de salud del afectado y la Comisión de Medicina Preventiva así lo resolviere, a propuesta del patrono o empleador.

ART. 55. Los médicos tratantes o los médicos a cargo de la vigilancia médico-preventiva del imponente sometido a reposo deberán dar cuenta a la Comisión de Medicina Preventiva respectiva cuando el afectado se niegue a observar las condiciones inherentes al reposo, a las cuales se refiere la letra d) del artículo 49, para el efecto señalado en el inciso final de la citada disposición.

ART. 56. El individuo sometido a reposo parcial, o dado de alta después de haber estado en reposo total, se considerará con aptitud física para la industria o faena que labora, salvo que la Comisión de Medicina Preventiva declare lo contrario.

ART. 57. El despido de un obrero o empleado efectuado en el lapso comprendido entre la iniciación de los trámites, durante el reposo preventivo y hasta seis meses después que la Comisión de Medicina Preventiva lo dé de alta, declarándolo capacitado para el trabajo, no exonerará al patrono o empleador de ninguna de las obligaciones que la Ley o el presente Reglamento le imponen mientras la Comisión Central Médica de Reclamos no lo declare así en mérito de sentencia firme del Tribunal competente que reconozca la legitimidad del despido, conforme con lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley.

La negativa del patrono o empleador a reponer al obrero o empleado despedido, a pagarle la remuneración correspondiente o a cumplir cualquiera de las demás obligaciones, facultará a la Comi-

sión Central Médica de Reclamos para multar al infractor y reiterar las multas mientras subsista su rebeldía, sin perjuicio del derecho de los interesados para recurrir a los Tribunales del Trabajo en la forma ordinaria.

ART. 58. Se entenderán iniciados los trámites tendentes a obtener el reposo preventivo desde el momento en que se realice el examen de salud a que se refiere el párrafo II del título II de este Reglamento.

También se entenderán iniciados dichos trámites desde el momento en que se dé comienzo a los exámenes de especialidad, tendentes a la obtención del reposo preventivo, respectivos del obrero o empleado que en el momento de iniciar dichos trámites tenía en plena vigencia su examen de salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 19.

En consecuencia, resuelto por la Comisión de Medicina Preventiva o por la Comisión Central de Reclamos, en su caso, que el obrero o empleado debe someterse a reposo preventivo, la inamovilidad conferida en el artículo 11 de la Ley 6.174 se entenderá adquirida desde el momento señalado en los incisos anteriores.

La Comisión dará de alta al reposante en los siguientes casos:

- a) Cuando se encuentre capacitado para el trabajo ;
- b) Cuando sea irrecuperable, y
- c) Cuando incurra en algunas de las causales de suspensión señaladas en el artículo 50, núm. 2, letra d).

La Comisión notificará en la misma fecha la resolución del inciso anterior al interesado y al patrono, empleador o jefe de repartición pública por carta certificada. La fecha de expedición de la carta se estampará en el expediente del reposante.

ART. 59. Las personas no afectas al Código del Trabajo, en los casos contemplados en el artículo 57, sólo podrán ser despedidas de acuerdo con lo establecido al respecto en las leyes, estatutos o reglamentos orgánicos que rijan en las Instituciones o Servicios en que se desempeñan, y siempre que se pueda invocar causal semejante a las indicadas respecto de los obreros o empleados particulares, u otra de igual o mayor gravedad, establecida con el mérito de sumario administrativo o en sentencia firme del Tribunal competente, sin perjuicio de las facultades constitucionales del Presidente de la República.

ART. 60. El obrero o empleado deberá presentarse al patrono, empleador o jefe de repartición pública dentro de los seis días si-

güentes a la fecha de la notificación establecida en el inciso final del artículo 58. El incumplimiento de esta obligación sin motivo justificado importará la causal de caducidad de los artículos 9.º, número 10, y 164, núm. 1, del Código del Trabajo.

ART. 61. El tiempo durante el cual la persona esté sometida al reposo preventivo se reputará tiempo trabajado para todos los efectos legales, a menos que la Ley expresamente exija trabajo efectivo.

ART. 62. Las Cajas o Servicios deberán establecer en sus reglamentos particulares los casos o condiciones en que sus imponentes podrán utilizar las Casas de Reposo y demás establecimientos que habiliten o instalen para cumplir con las finalidades de la Ley de Medicina Preventiva.

También fijarán las tarifas de costo de la atención y estado en los establecimientos a que se refiere el inciso anterior, y la cuota de ellas con que el afectado deberá contribuir en proporción con el monto del subsidio-reposo que reciba.

Esta cuota será descontada directamente del subsidio-reposo.

Iguales disposiciones regirán para todos los tratamientos no gratuitos.

ART. 63. En caso de que el empleado u obrero sea imponente de dos o más Cajas de Previsión, la Comisión de Medicina Preventiva de la Caja o Servicio en que impone por mayor sueldo será la competente para resolver sobre el reposo preventivo, y el equipo de ella se encargará del examen de salud.

La resolución que adopte la Comisión competente será obligatoria para las otras Cajas o Servicios en que el afectado imponga, y será comunicada a las respectivas Comisiones de Medicina Preventiva de dichas Cajas o Servicios, y los empleadores o patronos, para los cuales será también obligatoria.

ART. 64. Si se acordase reposo preventivo parcial al imponente que desempeña dos o más cargos, la Comisión estará facultada para determinar cuál será el trabajo que podrá seguir desempeñando el afectado; es decir, determinará con cuál o cuáles empleadores podrá continuar trabajando.

En el caso previsto, el afectado tendrá derecho a subsidio-reposo sólo sobre las rentas que correspondan al cargo en el cual se encuentra en reposo parcial.

ART. 65. La licencia por enfermedad para los empleados, o el subsidio de enfermedad para los obreros, procederá en aquellos casos en que la naturaleza de la afección que padece el imponente le impida ejercer su trabajo habitual y no esté comprendida entre

las señaladas por la Ley y este Reglamento, o que, estándolo, no concurren las circunstancias determinadas en el artículo 43 para el otorgamiento del reposo preventivo, o se trate de los casos del artículo 23.

La declaración de irrecuperabilidad realizada por la Comisión de Medicina Preventiva, o por la Comisión Central de Reclamos, en su caso, constituirá por sí sola comprobación fehaciente de enfermedad para los efectos del artículo 160 y siguientes del Código del Trabajo.

TITULO VII

Del procedimiento en casos de reclamos e infracciones.

PARRAFO PRIMERO

Del procedimiento en casos de reclamos.

ART. 66. Recibidos los reclamos a que se refieren los artículos 35 y siguientes, el Presidente de la Comisión Central de Reclamos los transmitirá a la Comisión de Medicina Preventiva afectada, para que, dentro del plazo de tres días, informe a su tenor y remita los antecedentes que obren en su poder.

Al mismo tiempo comunicará, por carta certificada, el reclamo al patrono o empleador, si fuere obrero o empleado el reclamante, o a éstos, en el caso contrario, para que, dentro del plazo de tres días, aleguen lo que interese a su derecho y ofrezcan las pruebas que pudieran convenirles.

ART. 67. Formulados los reclamos señalados en el artículo anterior, quedará suspendida la resolución médica hasta que la Comisión Central resuelva al respecto.

ART. 68. Si los interesados ofrecieren pruebas, la Comisión Central de Reclamos les fijará un breve término para rendirlas, término que no excederá de cinco días.

ART. 69. Recibidos, en conformidad con los artículos anteriores, todos los antecedentes del reclamo, y en mérito de ellos, la Comisión Central deberá fallar, dentro del plazo de diez días, contados desde el vencimiento de los plazos señalados en el artículo 66, o desde el vencimiento del término de prueba, en su caso.

ART. 70. Las resoluciones que adopte la Comisión Central de Reclamos serán inapelables, y deberán ser transcritas a la Comisión

de Medicina Preventiva correspondiente y notificadas por cédula a los interesados para su cumplimiento.

PARRAFO II

Del procedimiento en caso de las infracciones señaladas en el artículo 13 de la Ley núm. 6.174.

ART. 71. La infracción por parte de los empleadores o patronos de cualquiera de las disposiciones de la Ley 6.174, o la resistencia de los mismos a cumplir las disposiciones de las Comisiones Médicas, serán penadas con multas de \$ 200 a medio sueldo vital del Departamento de Santiago. En caso de reincidencia, la multa se elevará al doble.

Las infracciones a que se refiere el inciso anterior podrán ser perseguidas de oficio a requerimiento de parte interesada.

La facultad para imponer la multa corresponderá a la Comisión Central de Reclamos.

ART. 72. Los jefes directos de los empleados públicos serán responsables de las infracciones señaladas en el inciso primero del artículo 13 de la Ley 6.174. Igualmente, estos jefes responderán personal y directamente de las multas que la Comisión Central de Reclamos les aplique.

ART. 73. La denuncia particular deberá ser presentada por escrito a la Comisión Central de Reclamos, con indicación del nombre, profesión y domicilio del denunciante y denunciado, y con una exposición clara y detallada de los hechos y fundamentos en que se apoya.

ART. 74. Recibida la denuncia, la Comisión citará al posible infractor, así como al denunciante, y examinará separadamente a los testigos y demás medios probatorios que se le presenten, o practicará de oficio las investigaciones necesarias para el esclarecimiento de los hechos denunciados.

ART. 75. Cumplidos los trámites a que se refiere el artículo anterior, que no podrán durar más de ocho días, se tendrá por terminado el procedimiento, y la Comisión dictará sentencia inmediatamente o, a más tardar, dentro de diez días, la que será notificada por cédula.

ART. 76. Las mismas reglas indicadas en los artículos anteriores se aplicarán cuando se proceda de oficio.

ART. 77. Los infractores condenados a pagar multa deberán

acreditar ante la Comisión Central de Reclamos, dentro del plazo de diez días, contados desde la notificación de la sentencia, el pago de la multa impuesta, bajo el apercibimiento indicado en el artículo siguiente.

El íntegro de la multa podrá verificarse directamente en la Caja de Previsión o Servicio respectivo o en una Tesorería Comunal, en calidad de depósito a la orden de la Caja o Servicio que corresponda.

Este pago se acreditará, en todo caso, con el recibo de la respectiva Caja o Servicio o el comprobante de depósito a la orden de ésta en la Tesorería Comunal.

ART. 78. Transcurrido el plazo de diez días sin que el infractor acredite haber pagado, el Presidente de la Comisión Central de Reclamos comunicará ese hecho por oficio a la Caja o Servicio a favor de quien ceda la multa, acompañándole copia autorizada por su Secretario de la sentencia, con certificación de estar ejecutoriada para que se proceda a su cobro.

ECUADOR

Reglamento del Seguro de Cesantía del Empleado.

El Directorio del Instituto Nacional de Previsión, en uso de las atribuciones que le concede la Ley de la materia,

RESUELVE

Expedir el siguiente Reglamento del Seguro de Cesantía para el Empleado :

ARTÍCULO 1.º Están amparados por este Seguro de Cesantía todos los empleados públicos, fiscales o municipales, y los de Entidades autónomas de Derecho público o de Derecho privado con finalidad social o pública, considerándose como tales las señaladas en la Constitución Política y leyes de la República.

ART. 2.º Se exceptúan de este Seguro los extranjeros que no están sujetos al sistema general del Seguro Obligatorio.

ART. 3.º El sueldo imponible para este Seguro es el mismo so-

bre el cual se aporta ordinariamente a las Cajas de Previsión, según sus Estatutos.

La respectiva Caja devolverá los excedentes de aportes pagados.

ART. 4.º Los patronos o sus representantes están obligados:

- a) A descontar el aporte mensual del 2 por 100 de los sueldos imponibles que perciben los asegurados, y remitirlo a la respectiva Caja, bajo su estricta responsabilidad;
- b) A dar aviso a la respectiva Caja del ingreso, cesantía o reintegro al servicio de los asegurados, y
- c) A suministrar todos los datos sobre modificaciones de sueldos u ocupaciones, así como las demás condiciones de servicio o de trabajo que solicitare la Caja para la mejor aplicación de este Seguro.

ART. 5.º El Director General del Tesoro, Oficiales Pagadores, Cajeros, Tesoreros, Habilitados y demás personas que tengan a su cargo el pago de sueldos a los empleados están obligados a remitir a la respectiva Caja, bajo las responsabilidades impuestas por la Ley a los depositarios, los aportes de los asegurados.

Esta remisión se efectuará dentro de los quince (15) primeros días del mes siguiente al que corresponda la remisión, en las condiciones señaladas en la Ley sobre mora patronal, de 19 de octubre de 1953, y en este Reglamento.

ART. 6.º El Director General del Tesoro, Oficiales Pagadores, Cajeros, Tesoreros, Habilitados, Patronos, etc., remitirán los aportes de este Seguro, junto con las correspondientes planillas, en los formularios que distribuirán las Cajas, las cuales entregarán al consignante el comprobante de ingreso de los valores.

ART. 7.º En una planilla mensual se harán constar únicamente aportes correspondientes a un solo mes. De ninguna manera constarán aportes por meses diferentes.

Sin embargo, las Instituciones mencionadas en el artículo 1.º, que con carácter normal paguen a su personal, además de las remuneraciones ordinarias, sobresueldos, honorarios, gratificaciones, participación en utilidades, u otras remuneraciones adicionales, que se liquiden por períodos mayores de un mes, y si no han incluido ya la parte proporcional de estas remuneraciones en el sueldo o salario imponible mensual, deberán enviar, hasta quince (15) días después de realizados los pagos, los aportes sobre estas remuneraciones en planillas especiales, separadamente de los aportes sobre remuneraciones ordinarias mensuales. En estas planillas adicionales no se con-

siderarán los aportes por trabajos extraordinarios, que se deberán incluir en la planilla ordinaria del respectivo mes.

ART. 8.º La planilla de aportes se formulará en estricto orden alfabético de apellidos y nombres de todos los asegurados, llenando el formulario respectivo. La Caja correspondiente no aceptará planillas ni remisiones parciales.

ART. 9.º Los valores se entregarán en las ventanillas de la respectiva Caja, o se enviarán a ésta mediante cheques o giros bancarios certificados o por libranzas postales. Los cheques o libranzas deberán ser siempre extendidos a orden de la Caja, la que entregará el comprobante o recibo correspondiente, único documento que servirá para establecer la responsabilidad de la Caja en cuanto a la recepción de los valores.

ART. 10. La consignación de aportes que se efectúe después de la cesantía o fallecimiento del asegurado no se tomará en cuenta para establecer el derecho, las condiciones o cuantía de la prestación, a menos que estuviere dentro del plazo señalado en el artículo 5.º de este Reglamento.

Si, por culpa del patrono, la Caja no pudiese conceder a un asegurado o a sus deudos la prestación a que habría podido tener derecho, o si resultare disminuída por incumplimiento de las obligaciones del patrono, éste será responsable de los perjuicios causados al asegurado o a sus deudos, responsabilidad que la Caja hará efectiva por todos los medios legales. La Caja concederá la prestación en la parte debida a la omisión o culpa del patrono solamente cuando se haga efectiva la responsabilidad de éste, a menos que el patrono rinda garantía satisfactoria para el pago de lo que debiere por aquel concepto.

ART. 11. Conforme a la Ley, gozarán de la prestación de cesantía todos los asegurados que, teniendo por lo menos veinticuatro imposiciones mensuales acreditadas a este Seguro, se separen del servicio por cualquier causa y comprobaren una cesantía mayor de dos meses.

En caso de fallecimiento de un asegurado en servicio o cesantía, que tuviere veinticuatro o más imposiciones mensuales en este Seguro, se otorgarán las prestaciones inmediatamente, y se las regulará de acuerdo con lo que dispone el artículo 5.º de la Ley.

ART. 12. Los afiliados a este Seguro que cumplieren o hubieren cumplido las condiciones legales y reglamentarias requeridas para obtener la prestación de cesantía, y que al 31 de diciembre de 1954 acreditaran veinticuatro imposiciones mensuales dentro del régimen

de este Seguro de Cesantía, tendrán derecho a que se les conceda una prestación igual al resultado de la multiplicación del monto de los sueldos percibidos por el coeficiente que corresponda al tiempo total de los servicios en las calidades a que se refiere el artículo 1.º de este Reglamento.

El tiempo de servicio y los sueldos, a que se refiere el artículo anterior, deberán ser los acreditados en la Caja para el Seguro General, y que correspondan exclusivamente a las calidades mencionadas.

Los tiempos de servicio en actividades amparadas por otros Seguros de Cesantía no se tomarán en cuenta para este Seguro, ni aun en el caso de que lo hubiesen sido para el Seguro General.

ART. 13. Para efectos de este Seguro, considérase cesante a la persona que hubiere dejado de estar incluida entre las enumeradas en el artículo 1.º de este Reglamento. La persona que estuviere aportando al Seguro de Cesantía en varias dependencias sujetas a este Seguro deberá comprobar su cesantía en todas ellas para tener derecho a la prestación.

ART. 14. Si, concedida la prestación de conformidad con los artículos 11 y 12 de este Reglamento, el asegurado reingresare al servicio, se tomarán en cuenta para una nueva prestación solamente los tiempos de imposiciones a este Seguro posteriores a la cesantía que originó el beneficio anterior.

A la inversa, en caso de que un afiliado que, habiendo cumplido el tiempo base de espera y el suplementario de cesantía efectiva a que se refiere el artículo 11, no hubiere, sin embargo, obtenido la prestación a que tuvo derecho y volviere a un cargo sujeto al régimen de este Seguro, se tomarán en cuenta, para establecer el derecho y la cuantía de la prestación, en caso de nueva cesantía, las imposiciones acreditadas anteriormente y sobre las cuales no solicitó ningún beneficio.

ART. 15. Los asegurados que dejaren de estar sujetos al régimen de este Seguro sin haber completado el tiempo de espera necesario para obtener la prestación no tendrán derecho a la devolución de los aportes acreditados, pero en el caso de reingreso al régimen de este Seguro, el tiempo anterior de imposiciones se sumará al nuevo, para efecto del tiempo de espera y de la prestación correspondiente.

ART. 16. El asegurado podrá completar el tiempo de espera necesario para tener derecho a las prestaciones del Seguro de Cesantía, sumando tiempos de servicios no simultáneos prestados en diferen-

tes instituciones sujetas a este Seguro. Cuando el tiempo fuere simultáneo, únicamente se sumarán las cuantías de los sueldos imponibles.

ART. 17. Las prestaciones se fijarán anualmente por el Consejo de Administración de la respectiva Caja, previo informe del Departamento Actuarial del Instituto, teniendo en cuenta el promedio de los egresos efectuados por este concepto en los últimos años, el promedio de los ingresos, la cuantía del fondo de que habla el artículo siguiente y el desarrollo que acuse la estadística de mortalidad y cesantía.

ART. 18. El Seguro de Cesantía formará un fondo de emergencia hasta el límite que señalará el Departamento Actuarial del Instituto. Este fondo de emergencia servirá para dar un desarrollo normal al servicio del Seguro de Cesantía y evitar alteraciones bruscas en las cuantías de las prestaciones.

ART. 19. Las declaraciones dolosas relacionadas con este Seguro serán sancionadas según el artículo 12 de la Ley de Mora Patronal, sin perjuicio de la acción penal respectiva y de las sanciones correspondientes a que hubiere lugar.

ART. 20. El Consejo de Administración de la respectiva Caja, al conocer el balance anual de la misma, asignará a este Seguro de Cesantía el porcentaje de utilidades que le corresponda, en proporción al promedio de sus fondos, calculado con su valor existente al principio y al fin de cada ejercicio, previa deducción de los gastos administrativos, que se calcularán en proporción al monto de los ingresos por concepto de aportes. En ningún caso los gastos de administración excederán del límite máximo del 10 por 100 del valor recaudado por dicho concepto.

ART. 21. La dirección en el trámite para la concesión de las prestaciones de cesantía, correspondientes a un asegurado que tuviere acreditadas imposiciones a este Seguro en las dos Cajas de Previsión, compete a la Caja de última afiliación.

En caso de que la última afiliación fuere simultánea en ambas Cajas, dirigirá el trámite la Caja en la que se hubiere presentado la solicitud.

ART. 22. Cada Caja participará en el pago de la prestación en forma proporcional al monto de los sueldos imponibles registrados en ella y que hayan servido para el cálculo.

ART. 23. La Caja que ha dirigido el trámite será la que entregue directamente la prestación al interesado. Internamente, las dos Cajas se harán los respectivos cargos y abonos.

ART. 24. Las solicitudes y reclamaciones que se presentaren res-

pecto a este Seguro serán dirigidas al Gerente de la respectiva Caja, y conocidas y resueltas, según la materia de que se trate, por la Gerencia, por la Comisión de Prestaciones o por el Consejo de Administración. De las resoluciones de la Gerencia o de la Comisión de Prestaciones podrá reclamarse ante el Consejo de Administración de la respectiva Caja dentro del plazo de treinta (30) días, contados desde la correspondiente notificación.

ART. 25. Las resoluciones del Consejo de Administración sobre prestaciones de este Seguro, o que se refieran a derechos u obligaciones de afiliados o de patronos, en relación con los fines del mismo, serán apelables ante el Directorio del Instituto Nacional de Previsión. La apelación deberá interponerse dentro del plazo de treinta (30) días, contados desde la notificación respectiva.

Las resoluciones del Instituto Nacional de Previsión no son susceptibles de recurso alguno, judicial o administrativo.

ART. 26. En general, todo lo que no esté previsto en el presente Reglamento se regirá por las normas aplicables de la Ley del Seguro Social Obligatorio, Ley de Mora Patronal, Estatutos de las Cajas, Reglamentos y demás resoluciones de carácter general que estuvieren vigentes.

ART. 27. Los casos de duda que tuvieren las Cajas sobre la aplicación de este Reglamento serán resueltos únicamente por el Directorio del Instituto Nacional de Previsión.

ART. 28. Para la reforma de este Reglamento se seguirá el mismo procedimiento que el indicado en la Ley del Seguro de Cesantía, para su formulación.

ART. 29. El presente Reglamento regirá desde la fecha de su aprobación por la Función Ejecutiva, y desde ese mismo momento quedará derogado el Reglamento de este Seguro, expedido el 30 de diciembre de 1954, y aprobado mediante Acuerdo del Ministerio de Previsión Social y Trabajo núm. 2.486, de 18 de febrero de 1955.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera. Las prestaciones concedidas y las que estuvieren en trámite a la fecha de vigencia de este Reglamento se regirán por lo dispuesto en el artículo 12, debiendo la respectiva Caja, cuando fuere del caso, efectuar la reliquidación correspondiente.

Segunda. En los cuatro primeros años de funcionamiento de las prestaciones de este Seguro, el cálculo a que se refiere el artículo 17 se efectuará tomando como base el promedio de cesantías ocurridas

en los últimos años, el promedio de los ingresos, la cuantía del fondo de emergencia y el desarrollo estadístico de la mortalidad y cesantía.

Quito, a 27 de octubre de 1955.—El Presidente (f.), *Dr. Jorge Vallerino D.*—El Secretario-Abogado (f.), *Dr. Jaime Barrera B.*

Certifico que el Reglamento precedente fué discutido y aprobado por el Directorio del Instituto Nacional de Previsión en las sesiones celebradas los días 25, 26 y 27 del presente, con la concurrencia de los representantes señores Dr. Carlos Larrea Holguín, por la Asociación de Municipios del Ecuador; Dr. Pedro Leopoldo Núñez, por la Unión Nacional de Empleados Públicos, y Dr. Homero Alvear, por la Contraloría General de la Nación, de conformidad con lo dispuesto en la Ley respectiva, según consta de las actas pertinentes.

Quito, a 27 de octubre de 1955.—El Secretario-Abogado (f.), *Doctor Jaime Barrera B.*

Ministerio de Previsión Social y Trabajo.—Quito, a 8 de noviembre de 1955.

Aprobado por Acuerdo núm. 3.119, de esta fecha. — El Ministro (f.), *Dr. José Icaza Roldós.*—El Subsecretario (f.), *Otto Guerra Castillo.*

ANEXO

Coefficiente para el cálculo de las prestaciones del Seguro de Cesantía del Empleado.

Meses de imposiciones				Coefficiente de cálculo	Meses de imposiciones				Coefficiente de cálculo
De	24	hasta	35	0,0230	De	204	hasta	215	0,0330
"	36	"	47	0,0235	"	216	"	227	0,0340
"	48	"	59	0,0240	"	228	"	239	0,0350
"	60	"	71	0,0245	"	240	"	251	0,0360
"	72	"	83	0,0250	"	252	"	263	0,0370
"	84	"	95	0,0255	"	264	"	275	0,0380
"	96	"	107	0,0260	"	276	"	287	0,0400
"	108	"	119	0,0265	"	288	"	299	0,0420
"	120	"	131	0,0270	"	300	"	311	0,0440
"	132	"	143	0,0275	"	312	"	323	0,0460
"	144	"	155	0,0280	"	324	"	335	0,0480
"	156	"	167	0,0290	"	336	"	347	0,0500
"	168	"	179	0,0300	"	348	"	359	0,0520
"	180	"	191	0,0310	"	360	"	371	0,0540
"	192	"	203	0,0320	"	372	"	383	0,0570

Meses de imposiciones	Coficiente de cálculo	Meses de imposiciones	Coficiente de cálculo
De 384 hasta 395	0,0600	De 456 hasta 467	0,0800
" 396 " 407	0,0630	" 468 " 479	0,0840
" 408 " 419	0,0660	" 480 " 491	0,0880
" 420 " 431	0,0690	" 492 " 503	0,0920
" 432 " 443	0,0720	" 504 " 515	0,0960
" 444 " 455	0,0760	" 516 " 527	0,1000

... y así en adelante, aumentando 0,0040 por cada año de imposiciones adicionales.

1. La prestación es igual al monto de los sueldos sobre los que aportó el afiliado al Seguro de Cesantía por el coeficiente correspondiente al tiempo de esa aportación.

2. En caso de que el afiliado tenga veinticuatro imposiciones mensuales al 31 de diciembre de 1954, se aplicará el artículo 12, que dice:

«Los afiliados a este Seguro, que cumplieren o hubiesen cumplido las condiciones legales y reglamentarias requeridas para obtener la prestación de cesantía, y que al 31 de diciembre de 1954 acreditaran veinticuatro imposiciones mensuales dentro del régimen de este Seguro de Cesantía, tendrán derecho a que se les conceda una prestación igual al monto de los sueldos percibidos, multiplicados por el coeficiente que corresponda al tiempo total de servicio en las calidades a que se refiere el artículo 1.º de este Reglamento.

«El tiempo de servicio y los sueldos, a que se refiere el inciso anterior, deberán ser los acreditados en la Caja para el Seguro General, y que correspondan exclusivamente al servicio en la calidad a que se refiere el artículo 1.º de este Reglamento.»

IV. - LECTURA DE REVISTAS

REVISTAS IBEROAMERICANAS

ANGEL VEIGA DE CICCIO: *La inversión de fondos de los Seguros sociales y la estabilidad monetaria.* — CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES DE LA INDUSTRIA Y COMERCIO. — Montevideo, enero-marzo 1956.

Por estimarlo de interés, transcribimos el estudio que el señor Veiga de Cicco ha realizado sobre la inversión de los fondos de la Seguridad Social en relación con la estabilidad monetaria.

El tema que abordamos se constituye en uno de los problemas económicos principales a que se encuentran abocados los organismos administradores de los Seguros sociales. Partimos del reconocimiento del hecho de que, en virtud del sistema financiero que rige a estas instituciones, éstas son llamadas a invertir fondos considerables para formar la contrapartida o reservas necesarias de las prestaciones garantidas, con la finalidad de hacer contribuir a los intereses a devengarse por los capitales acumulados, a la realización del equilibrio financiero, como también para evitar las bruscas variaciones que eventualmente pudieran presentarse en las contribuciones de activos, en razón de una serie de eventos imprevistos.

En el momento actual, las carteras de las Cajas de Seguros se encuentran legalmente, a causa de las normas impuestas para las colocaciones, constituidas en substancia por valores a renta fija y especialmente por fondos del Estado, como son: Deuda Pública Na-

cional, Bonos municipales, Cédulas hipotecarias e Hipotecas.

En nuestro país se observa, con carácter casi exclusivo, la inversión de las reservas acumuladas en tales valores. Ya el artículo 13 de la Ley orgánica de 6 de octubre de 1919 establecía que «los fondos de la Caja, descontadas las sumas indispensables para los pagos corrientes serán invertidos, previa resolución del Directorio en cada caso, en la adquisición de títulos de Renta Nacional o que tengan la garantía subsidiaria del Estado, de manera que produzcan un mayor y más seguro interés y la más frecuente capitalización».

La orientación dada por la primera Ley jubilatoria se ha mantenido a través del tiempo; el artículo 8.º de la Ley 11.034, de 14 de enero de 1948, precisó posteriormente el régimen legal de las inversiones para las diversas Cajas de Seguros que reglamentaba. Mantiene las normas citadas de la Ley número 6.962 para los fondos «que, a juicio de los Directorios, constituyan sobrantes permanentes», a la cual agrega en su inciso segundo: «Cuando las disponibilidades no tengan el expresado carácter de permanentes, los Directorios, por intermedio del Banco de la República, podrán invertirlos en préstamos hasta por un año, con caución de valores públicos.»

A este régimen fundamental cabe mencionar, pero en orden de importancia muy relativa, las inversiones autorizadas por el capítulo V, denominado Servicio de Vivienda, de la

Ley núm. 11.496, de 27 de septiembre de 1950, que permite la inversión de 30 millones de pesos en diez años, «con destino a la construcción de viviendas para arrendar a jubilados y pensionistas a su cargo o a afiliados activos cuando entre aquéllos no hubiere interesados».

La propia Comisión de Previsión Social, redactora del anteproyecto de Ley respectivo, expresaba el carácter que indujo al establecimiento de estas inversiones, al entender que «en esta clase de creaciones institucionales, en la práctica, lo que importa verdaderamente es dar el primer paso». Y, evidentemente, en eso se está. Cabe citar igualmente las inversiones que faculta la Ley núm. 12.108, que expresa: «Autorízase a la Caja de Jubilaciones y Pensiones de la Industria y Comercio a invertir hasta el 5 por 100 de sus ingresos anuales en préstamos hipotecarios a sus funcionarios con más de diez años de servicios computables a los efectos jubilatorios y a sus ex funcionarios jubilados con posterioridad a la Ley núm. 11.502, de 30 de septiembre de 1950, siempre que unos y otros hayan cumplido con la Caja una vinculación funcional de cinco años a la fecha de operación.» Esta autorización por la limitación propia, que implica el número de funcionarios favorecidos, delimita la importancia secundaria de tales inversiones, a pesar del impulso que se observará en estas colocaciones, en los primeros tiempos de la aplicación de la Ley, por razones obvias.

Existen otras autorizaciones especiales y aisladas que permitieron inversiones diversas, entre otras, aquella dirigida a la construcción del edificio sede de la vida administrativa de la Caja. Podemos citar, además, las de la Ley núm. 9.618, de 27 de noviembre de 1936, y de la Ley núm. 9.719, de 5 de noviembre de 1937, que autoriza

colocaciones de carácter hipotecario con la garantía subsidiaria del Estado.

Pero todas ellas, por la singularidad y restricciones expresas en las facultades de disposición de fondos, carecen de entidad frente a la compra de valores públicos. Su importancia cabe apreciarla en la simple lectura de la cartera que de tales valores posee la Institución. El análisis de las colocaciones de este orden se nos presenta entonces con carácter obligatorio.

Para atender a la finalidad que se les ha asignado, las colocaciones de la Caja deben responder a ciertas condiciones de Seguridad, de rendimiento y de liquidez, a las que podemos añadir una condición especial a aquellas consideradas primarias: la reproductividad económica y social.

El Seguro Social tiene en cuenta, en primer término, exigir de sus deudores una incontestable seguridad en cuanto a la restitución del capital invertido y en cuanto al servicio puntual y regular de los intereses pactados. Esta solvencia, nominal o formal, expresada en valor monetario fijo, puede, evidentemente, ser buscada por diferentes medios.

Parece, en principio, garantida al más alto grado cuando el deudor es una entidad pública —tal como el Estado, Provincia o Comuna— asegurada de la perennidad y dotada de los medios necesarios para recaudar de los individuos que están sometidos a su jurisdicción las contribuciones necesarias a fin de hacer frente a las obligaciones tomadas. Las creencias sobre el Poder público y las instituciones que lo componen presentan así el máximo de seguridad «formal» o «nominal», en el sentido de que el servicio de intereses y de amortización del capital invertido son garantidos por tasas o impuestos que la autoridad política puede siempre elevar, con la sola

limitación de las facultades contributivas en materia imponible.

Entre las inversiones privadas, no hay ninguna que ofrezca un 100 por 100 de seguridad. Una Empresa industrial, un Banco, una Sociedad anónima de inversiones financieras, pueden quebrar. Las crisis económicas pueden afectar fundamentalmente la solvencia de los hombres y de las Empresas y depreciar los valores y capitales por ellos sustentados.

El Estado y los Municipios, en cambio, no perecen, perduran a través de los hombres y de la vida institucional. En una palabra: el Estado no quiebra, a pesar de las vicisitudes de la vida política. El Seguro está llamado así a prestar su concurso a la economía nacional por sus inversiones, con el cumplimiento de las condiciones primarias en dichas colocaciones; la coordinación con la política económica y financiera de los Poderes públicos puede contribuir esencialmente a la elevación del nivel de vida y de los ingresos individuales, a mejorar las condiciones de higiene y a la creación de nuevos medios de producción.

Pero por la sujeción del Seguro Social al plan de desarrollo económico o social del Estado puede éste disponer a su arbitrio, o equivocadamente, del activo de las instituciones de esta naturaleza. Si hemos de atenernos a la finalidad fundamental de las inversiones en cuanto tiende a la formación de las reservas adecuadas para garantizar el cumplimiento de las prestaciones garantidas; si tenemos presente que a tales prestaciones debe corresponderle un mínimo de seguridad, de poder adquisitivo, de los cuales el Seguro no puede apartarse, so pena de perder su razón de ser, concluimos, naturalmente, en que la política monetaria del Estado no puede ser indiferente al Seguro, y así habrá de apoyarla en cuanto signifique estabilidad en el poder

adquisitivo, «en el valor de la moneda» o de la unidad dineraria en que tales reservas tienen su expresión numérica, en relación a la cantidad de bienes y servicios que puede procurar. En nuestro sistema legal de colocaciones en valores públicos, de carácter obligatorio y casi absoluto, se presenta con perfiles nítidos el problema relacionado con el mantenimiento de la estabilidad monetaria en relación a los fondos de los Seguros sociales, pues si bien los compromisos de éstos no varían exactamente al compás del poder adquisitivo del dinero, deberán siempre ser adaptados al mismo. Precisamente «los aumentos-ley» de jubilaciones y pensiones, que se han decretado en poco menos de una década, han tendido a cumplir tal finalidad. Todo lo que el Seguro Social puede intentar, en la medida en que es libre su actuación —que no es nuestro caso—, previniéndose contra la baja del poder adquisitivo del dinero, es reservar sus fondos para cierta categoría de inversiones de valores a rendimiento variable. Al no serlo por imposición legal, y al disponerse de sus reservas prácticamente por el Estado, considerando que el mantenimiento del poder adquisitivo del dinero aparece como la contrapartida de la obligación del Seguro, para que sus prestaciones tomen un valor no solamente nominal, sino efectivo y real, deducimos en que, imponiéndose esta obligación, el Estado tomaría en cierta forma el compromiso de guardián de una buena gestión del patrimonio formado por las cotizaciones y las subvenciones del Seguro. Tal premisa deberá cumplirse por los Poderes públicos, si observamos que la cotización necesaria para asegurar el equilibrio entre las recaudaciones y las erogaciones del Seguro, teniendo en cuenta el rendimiento que razonablemente se puede descontar de los capitales acumulados, no puede ser mayorada al

punto de poner al abrigo de desvalorizaciones acentuadas en el poder adquisitivo del dinero.

Esa elevación de la cotización es posible cuando la insuficiencia es debida a una gestión defectuosa o a un accidente fortuito; pero cuando la insuficiencia es importante y proviene de la declinación del valor del dinero, de una desvalorización monetaria, ya de una conversión forzosa, su reparto sobre los asegurados activos y pasivos, y, en último término, sobre las reservas de las propias instituciones de Seguro, supone un acrecentamiento de cargas considerables que no puede exigirse por injustificado.

La formación de reservas que deben equilibrar una parte de las erogaciones del Seguro implica para cada afiliado la producción, mediante un más o menos largo periodo de su existencia, de esfuerzos destinados únicamente a alimentar los ahorros colectivos que representan las reservas acumuladas.

Cuando las cotizaciones de los asegurados han sido invertidas, puestas en reservas sobre la base de una cierta paridad monetaria, en atención a la cantidad de bienes y servicios que representan, la adecuación de las prestaciones o de los beneficios del Seguro al momento de su otorgamiento, sobre una renta nacional incambiada en valor real —en la cantidad de bienes librados al consumo—, pero habiendo, por ejemplo, doblado el valor nominal por la multiplicación por dos de las sumas primitivas destinadas al servicio de las prestaciones, no hace sino restituir la fracción convenida de bienes que los afiliados asegurados han permitido crear, directa o indirectamente, en la formación de las reservas. Si es exacta la necesidad de compensar las consecuencias de una baja del poder adquisitivo del dinero, en principio para todas las categorías de rentistas, una distinción se impone, sin embargo,

para los pequeños rentistas que no tienen sino el fruto de su ahorro como medio de existencia y, sobre todo, para los asegurados sociales. Entre todos los rentistas, estos últimos se encuentran en una situación particular; de hecho, la obligación del Seguro a la que han estado sujetos y las normas legales para la inversión de los capitales casi exclusivamente en valores públicos determina que sus derechos sean particularmente fundados. Además, debemos reiterar que la revalorización de las prestaciones del Seguro Social es aún más perentoria si es que éste ha de brindar el beneficio de un ingreso básico mínimo, del cual no puede descender sin desvirtuar su carácter esencial.

Recapitulemos :

1.º Las reservas del Seguro deben ser colocadas en valores públicos, en beneficio de la política económico-social del Estado.

2.º En la medida en que estas colocaciones se presenten con carácter casi exclusivo, el rendimiento de las mismas no podrá adaptarse, sino muy lentamente, a las depreciaciones monetarias.

3.º Las prestaciones del Seguro deben garantizar en valor efectivo y real ingresos individuales mínimos, en ascenso con la baja del poder adquisitivo del dinero.

4.º Las reservas y las cotizaciones necesarias para financiarlas no pueden ser mayoradas al punto de absorber depreciaciones monetarias acentuadas.

5.º Concluimos: ¿Deberá llamarse ineludiblemente a la colectividad nacional, o sea, al Estado, para solventarla?

¿Y en qué forma? Deberá, necesariamente, practicarse una quita sobre la renta nacional compuesta en último

análisis de la suma de bienes librados al consumo, de los cuales, en un cierto porcentaje, los asegurados sociales deben disponer. Si los precios suben y, por consiguiente, el dinero se desvaloriza, toda quita adicional operada sobre la renta nacional para restituir al rendimiento de los capitales prestados por el Seguro Social su poder adquisitivo primitivo, no hace sino restablecer el equilibrio encarado en principio entre el prestamista (las Cajas de Seguros) y el prestatario (el Estado).

No podrá ser entonces, echándose mano de las reservas acumuladas, las que en estos casos de desvalorización monetaria se presentarán reducidas o en un proceso que implicaría en último término su eventual desaparición.

Veamos prácticamente qué sucedería si se dispusiera, al 29-2-1956, por Ley, que las pasividades en curso de pago y en trámite a la fecha de su sanción, y no superiores a 200 pesos mensuales, quedaran aumentadas en 50 pesos. La hipótesis legal con que trabajamos —demás está decirlo— corre simplemente a vía de ejemplo. Observemos los cuadros que a continuación se exponen sobre cantidad de jubilaciones y pensiones en relación a los montos de las prestaciones servidas.

Al 29-2-1956 se encuentran en curso los pagos 67.357 jubilaciones y 26.788 pensiones, que conforman 94.145 pasividades en total. De las pensiones, hay 6.387 que no superan los 200 pesos mensuales; en las jubilaciones, las que no superan los 175 pesos por mes suman 58.700; las que no sobrepasan los 22 pesos mensuales son 62.314; por tanto, alrededor de 60.000 jubilaciones o pensiones superan el margen de 200 pesos mensuales. En consecuencia, podemos expresar que de las 94.145 pasividades en curso de pago, 86.387 no superan los 200 pesos por mes, lo cual da una relación del 91,75 por 100 en el total de las pasividades.

Por otra parte, si resulta insuficiente la asignación de 200 pesos mensuales para las pasividades en curso de pago, con igual necesidad se presenta el aumento para aquellas en trámite, en el caso de nuestro supuesto órgano legislador. Estas suman, al 29-2-1956, la cantidad de 81.942 entre jubilaciones y pensiones, las cuales podemos abatir en un 10 por 100 por las gestiones de trámite que no culminan en la obtención de las prestaciones solicitadas y también considerando la situación de los beneficiados con más de una pasividad, que no podrían acreditarse por partida doble el aumento-ley decretado. Deduciendo entonces 8.194 pasividades de las 81.942 en trámite, nos quedan 72.748 pasividades, de las que, en relación al 91,75 por 100 observados en aquéllas en curso de pago, y que no superan los 200 pesos mensuales, resultan 66.746 pasividades en trámite que se han de beneficiar finalmente con el aumento. Estamos en condiciones de obtener el costo total anual del aumento de 50 pesos mensuales por pasividad, o sea, de 600 pesos anuales por asegurado social comprendido.

Para las pasividades en curso de pago :

$$86.387 \times 600 = \text{Pesos } 51 : 832.200,00$$

Para las pasividades en curso de trámite :

$$66.746 \times 600 = \text{Pesos } 40 : 047.600,00$$

Costo total anual :

$$\text{Pesos } 91 : 879.800,00$$

La elevación de los montos de jubilaciones y pensiones acrecería de inmediato al servicio de pasividades en Pesos 51:832.200,00 anuales en relación a la cifra de integrantes de las clases pasivas al 29-2-1956, y gradualmente aumentaría, hasta cumplir el ciclo total de beneficiados, al costo estimado de Pesos 91:879.800,00.

Si partimos de una premisa hipotética fundamental, para la deducción a efectuarse, de que de los ingresos y egresos actuales resulta un superávit financiero o, mejor dicho, un sobrante permanente de Tesorería, que no permitirá absorber en forma alguna el margen necesario para el supuesto aumento-ley decretado (y que será necesario destinar exclusivamente al servicio creciente de pasividades anuales, si tenemos presente la cantidad de pasividades en trámite), entonces concluimos a que deberá apelarse a las reservas acumuladas, o en la alternativa, obtener su financiación a cargo del Estado; si consideramos que las cotizaciones actuales generales superan, como mínimo, al 21 por 100 sobre sueldos y salarios, que parece no ser lógicamente susceptible de elevación, para no adquirir patente de verdadera exacción, conjuntamente con las restantes cargas sociales que aquéllos tienen que soportar.

Si se recurre a las reservas acumuladas, entonces las mismas serían absorbidas en poco más que el desarrollo económico de un quinquenio, cuando todos los asegurados afiliados comprendidos se beneficien con el aumento. Tal eventualidad sería posible si la capacidad de nuestro mercado nacional de operaciones bursátiles fuera lo suficientemente activo como para absorber las reservas de un tenedor de títulos de la entidad de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de la Industria y Comercio.

De cualquier forma, el echar mano de las reservas no significará en nuestro proceso deductivo sino la simple postergación a corto plazo de la financiación del aumento de pasividades, en relación al poder adquisitivo del dinero, a cargo de la colectividad nacional, o sea, del Estado. Que es precisamente lo que expresamos en el pequeño desarrollo teórico efectuado.

LUIS A. DESPONTÍN: *El servicio doméstico se incorpora al Derecho del Trabajo. Su reciente Estatuto es lógica consecuencia del progreso social.*—GACETA DEL TRABAJO.—Buenos Aires, marzo 1956.

Por su interés y actualidad, al tratarse del primer Seguro social que protege en América al servicio doméstico, reproducimos íntegramente el artículo del señor Despontín:

«1. *Los domésticos, como trabajadores.*—La sanción del reciente Estatuto para el servicio doméstico es una consecuencia lógica de nuestro progreso social. No es que el país se encontrara en mora al no tener aún dicho organismo legal, sino que recién llega después que los Estatutos para otras actividades laborales han cumplido su etapa de imposición para trabajadores que por sus modalidades, antes que los domésticos, necesitaban protecciones especiales y de mayor urgencia.

La legislación tutelar al trabajador comienza por otorgar beneficios primeramente a aquellos que más lo necesitan, sea por razón de edad o por motivos de tareas. Así, se aleja a la mujer y al niño de actividades peligrosas e insalubres. Así, pues, se legisla para el obrero de «cuello duro», según la acertada expresión de Roosevelt. La etapa posterior, y relativamente reciente, es para profesiones liberales y periodistas. Su último andar corresponde al servicio doméstico.

2. *Características del trabajador doméstico.*—El doméstico actúa en un ambiente de convivencia con su empleador. Sus tareas son discontinuas. Permite pausas y descansos, dejando de lado abusos. El elemento confiable es factor del obrero de la fábrica, que termina sus ocho horas de tarea, vuelve a su casa sin contacto alguno con el empleador, al que muchas veces alcanza a conocer personalmente.

Estas características hacen difícil el régimen legal para el doméstico y conducen a que el Estatuto, que se pondrá en vigencia a partir del 1 de mayo de 1956, se haya dictado con cierta cautela. Sólo su práctica conducirá a su ulterior perfeccionamiento.

3. *Antecedentes.* — En el país no existía legislación específica sobre esta materia. Sólo se gozaba del beneficio del aguinaldo. Si bien las provincias de Mendoza y La Rioja tenían ordenanzas sobre este particular, su aplicación en la práctica no era realidad, subsistiendo todos sus problemas. Para el Capital Federal y el Gran Buenos Aires, por resolución núm. 191, del Ministerio de Trabajo y Previsión, se dispuso el descanso semanal. Tal medida no era aplicable en el resto del país. Sin embargo, y esto en honor del adelantamiento de la República, tal descanso fué regla uniforme. Se cumplía, aun sin imposición, con carácter informal.

El intento inicial de su legislación fué el proyecto sobre «Servicio doméstico», del doctor Juan Biallet Massé, fundador de la primera cátedra del Derecho del Trabajo en el país, en su carácter de profesor de la Universidad de Córdoba. Siguió sobre sus bases el proyecto de «Ley Nacional de Trabajo», de Joaquín V. González, en 1904, como Ministro del Interior en la segunda presidencia del General Roca.

4. *Ámbito del Estatuto. Vigencia.* — El Estatuto que se dicta regirá obligatoriamente en todo el país a partir del 1 de mayo del corriente año 1956. Con posterioridad a esa fecha, deberá ser reglamentado, sobre todo en materia de sueldos.

Esa vigencia, con carácter de general, es como consecuencia de tratarse de un aspecto del contrato de trabajo, materia de legislación exclusiva por el Congreso de la Nación (art. 68, inciso II de la Constitución Nacional).

5. *Personas comprendidas.* — Sin distinción de sexo, toda persona que dentro de la vida doméstica preste servicios que no constituyen para el empleador, dueña de casa por lo general, lucro o tenga un propósito de ganancia económica, se considera servicio doméstico. Así, la mucama que se desempeña en la casa de familia es doméstica. Si trabaja en casa de pensión, es empleada regida por la Ley mercantil núm. 11.729, desde que se lucra y gana por intermedio de su actividad.

6. *Personas excluidas.* — El Estatuto no beneficia:

- a) cuando el trabajador no alcance a tener un mes en el empleo;
- b) cuando trabaje menos de cuatro horas diarias o menos de cuatro días por semana para el mismo empleador;
- c) a los menores de catorce años de edad;
- d) a los parientes del dueño de la casa. No se determina por la Ley quiénes son. En consecuencia, la reglamentación a dictarse deberá contemplar este aspecto;
- e) a los contratados para cuidar enfermos, desde que por este desempeño se les trata en un Estatuto especial, y
- f) a los conductores de vehículos: choferes, cocheros, etc., porque tienen también un régimen legal particular.

7. *Domésticos en familia.* — En el caso tan frecuente de que integre el plantel de domésticos un matrimonio, con o sin hijos, se regla la situación de esta forma:

- a) los sueldos son separados y no por junto;
- b) si el matrimonio y su familia se toma como un total y no como domésticos individualmente, se trata de algo indivisible, y la renuncia o separación de uno de ellos significa la de todos. Siendo el parcelamiento permitido, por

ser actividades independientes, son contratos separados, y

c) los hijos de estos domésticos, menores de catorce años y sus mismos parientes que conviven con aquéllos en la casa del empleador, sin prestar trabajo, no forman parte del servicio doméstico, y por ello están excluidos de la protección del Estatuto.

8. *Descansos.*—La jornada legal de trabajo no es la de la Ley de «ocho horas». Sus disposiciones excluyen expresamente al servicio doméstico. La jornada para éstos es de doce horas, según en seguida se examinará. El Estatuto da realidad legal a los descansos, ya consagrados en gran parte por la práctica. Se imponen estas pausas:

A) *Diario.* — a) *Diurno:* De tres horas al medio día o, mejor dicho, entre las tareas de mañana y tarde, a elección del empleador.

b) *Nocturno:* De nueve horas continuadas, como mínimo; sólo interrumpido, por excepción, por enfermedad o por motivos urgentes. Este trabajo «extra» no es pagado. Dicho descanso es únicamente para el personal interno.

En esta forma, la jornada legal diaria de trabajo es de doce horas, si bien con las pausas lógicas y naturales de esta actividad, que no siempre es continuada.

B) *Semanal.*—De veinticuatro horas corridas o, en su defecto, de dos medios días por semana, a partir de las quince horas. La elección de estos días de descanso queda a fijar por el empleador. Como se ve, no es propiamente descanso dominical, sino semanal.

C) *Anual.*—Se trata de las vacaciones anuales de las otras actividades. Deben ser pagadas y en períodos continuados, es decir, de una sola vez. Su duración se regla así:

a) diez días, con antigüedad en el servicio, y con el mismo empleador, entre uno y cinco años. Si no llega a tener cumplido un período de doce meses, no corresponde este beneficio;

b) quince días, con antigüedad de cinco años y hasta diez, y

c) veinte días, con antigüedad superior a diez años de servicios.

Durante el período de vacaciones pueden ocurrir estos supuestos:

1) Que el doméstico sea interno y goce del uso de habitación y de manutención. En tal caso, puede seguir con estos beneficios, mientras no trabaje.

2) Que el ama de casa cierre ella también el departamento para tomarse descanso, en el supuesto frecuente del período de veraneo. En este caso, se sustituye el goce de habitación y alimentos por su equivalente en efectivo. La reglamentación a dictarse deberá fijar los montos. También el caso de que el doméstico quiera optar por las vacaciones en su propio domicilio.

Este descanso, en cuanto a su época, se fija discrecionalmente por el empleador, y debe hacerse saber con veinte días de anticipación, por lo menos.

9. *Enfermedad.* — 1) Si es interno el doméstico, en caso de enfermedad debe acordársele por su empleador:

a) licencia pagada hasta por treinta días anuales;

b) asistencia médica. Si fuere enfermedad contagiosa, deberá internársele en un hospital, a cargo, como lo expreso, del patrono.

2) Si fuere con «ama afuera», no goza de estas protecciones.

10. *Otros beneficios a cargo del empleador.*—1) *Domésticos internos:*

a) habitación amueblada e higiénica. No tiene por qué ser individual.

Puede ser compartida con otro personal de servicio;

- b) alimentación sana y suficiente;
- c) una hora semanal para asistir a los servicios de culto.

2) Domésticos externos: Sólo les corresponde descanso semanal y vacaciones. No corre el sueldo durante la enfermedad.

11. *Obligaciones de los domésticos.* Se imponen aquellas propias de la convivencia; pero son de difícil constatación para el caso de despido sin indemnización. Así:

- a) guardar lealtad y respeto al patrono, su familia y conviventes;
- b) respetar las personas que concurren a la casa;
- c) cumplir las instrucciones de servicio que se le impongan;
- d) cuidar las cosas confiadas a su vigilancia;
- e) guardar reserva en los asuntos del hogar. Mantener la inviolabilidad del secreto familiar en materia política, moral y religiosa;
- f) desempeñar sus funciones con celo y honestidad, y
- g) responder por daños y perjuicios ocasionados por dolo, culpa o negligencia.

12. *Causas de cesantía.*—Constituyen causales de cesantía, sin indemnización por antigüedad, ni preaviso:

- a) incumplimiento de las obligaciones a su cargo. Se enumeran precedentemente;
- b) injurias a la seguridad, honor o intereses del empleador o sus familiares, y
- c) vida deshonesta, desaseo personal o transgresiones graves y reiteradas al servicio que debe realizar.

13. *Estabilidad.*—Goza el doméstico

de estabilidad en su cargo, salvo el caso en que se justifique su cesantía. Si se le despide sin razón justificada, o por no ser necesarios sus servicios, corresponden estas indemnizaciones:

a) *De preaviso:* Después de tener, por lo menos, noventa días de antigüedad, no puede ocurrir la cesantía si no se le avisa previamente de esta medida, con las siguientes anticipaciones: de cinco días, si tuviera menos de dos años de antigüedad, de diez días, con mayor anterioridad en el servicio con el mismo patrono.

Durante el preaviso debe gozar, por lo menos, de dos horas diarias para buscar nueva ocupación, pero sin desatender o abandonar las tareas esenciales.

El preaviso puede sustituirse por el pago del jornal de esos cinco o diez días, o sea, que el trabajo cesa de inmediato. En tal caso, si es interno debe reintegrar la habitación limpia y ordenada dentro de las cuarenta y ocho horas.

El preaviso también debe darlo el doméstico a su empleador en caso de decidirse a abandonar el puesto.

b) *De antigüedad:* con un año de antigüedad de servicios continuados, por lo menos, goza de la indemnización equivalente a medio mes de sueldo por cada año de servicios o fracción mayor de tres meses.

14. *Despido indirecto.*—Puede considerarse como despedido el empleado, y con obligación del pago de las indemnizaciones por su patrono, en estos casos:

- a) recibir malos tratos o injurias de su empleador, familiares o conviventes;
- b) incumplimiento de las obligaciones contractuales; falta de pago de salarios, negativa en dar descansos, etc.

15. *Aguinaldos.* — Corresponde el pago de un mes de sueldo al 31 de diciembre de cada año, a la proporción de dicho sueldo de acuerdo a lo trabajado. Se rige ese aguinaldo por el sistema legal aplicable a los empleados de comercio (artículos 45 y 46 del Decreto 33.302/45).

16. *Libreta de trabajo.*—El personal doméstico debe tener su libreta de trabajo. A su pedido, se expide gratuitamente por el Ministerio de Trabajo. Se trata, dicho documento, de una forma de contrato de trabajo, desde que constan en sus páginas: a) datos personales; b) sueldo y forma de pago; c) días de descansos, y d) antigüedad.

17. *Sueldos.* — Las asignaciones de los domésticos serán fijadas por el Poder Ejecutivo de la Nación, de acuerdo a la importancia económica de cada zona del país y el carácter del servicio que se presta. Esta discriminación es de acierto, ya que lógicamente es bien diferente el problema de la Capital Federal a la situación del interior de la República.

18. *Jubilaciones.*—A partir del 1 de mayo de 1956, corresponden los aportes jubilatorios de acuerdo a los salarios de este personal.

El retiro jubilatorio constituye una solución humana y social de indudables beneficios para empleado y empleador. Dará término al problema de angustia para el personal anciano y sin medios. También para dueños de casas que no podían desatenderse de servidores fieles que por su edad se encontraban impedidos, y que tantas veces eran sostenidos por un deber de solidaridad.

El retiro pensionado por una Caja a cuyo tesoro contribuyen domésticos y empleadores alejará el interrogante insoluble de la decrepitud traída por el andar de los años.»

JORGE ENRIQUE MARC: *¿Desde cuándo empiezan a correr los intereses de indemnización por accidentes de trabajo?*—SEGURIDAD SOCIAL.—República Dominicana. Marzo-abril 1956.

Hace en este trabajo el señor Marc una serie de consideraciones en relación con el tema, destacando las diversas circunstancias y situaciones que se crean.

Dice que :

«I. Si bien es cierto que en los últimos tiempos la doctrina y la jurisprudencia, en nuestro país, se han orientado firmemente hacia la tesis que sostiene la obligación patronal de abonar los intereses en los juicios por accidentes de trabajo, no es menos cierto que existen diversas tendencias respecto al momento a partir del cual comienzan a correr los mismos.

Podría afirmarse que en la actualidad existen cinco corrientes doctrinales, a saber: a) los intereses que corren desde la fecha de la demanda; b) desde la notificación de la misma; c) desde la fecha de la sentencia; d) desde la fecha del accidente, y e) desde los treinta días subsiguientes de ocurrido el infortunio.

Como se ve, existe disparidad, que va desde la posición de aquellos que alegan que los intereses empiezan a correr desde el mismo día del accidente hasta quienes, en realidad, sostienen que los intereses no son procedentes, y que sólo corren, por consiguiente, desde que existe sentencia que condena al pago de la indemnización —una suma de dinero—, sea a la víctima del infortunio o a sus causahabientes.

II. Señala Lamas que en este último sentido, aunque fundados en distintas razones, resolvieron nuestros Tribunales en los primeros casos sometidos a su conocimiento. Dice el autor que mientras la Cámara Civil

la Capital Federal sentó como principio que «no procede la condenación al pago de los intereses en los juicios de accidentes de trabajo, por no existir cantidad líquida», la Cámara Civil primera, que en un principio se orientó por la misma tesis, sostuvo luego la improcedencia del pago, fundada en que el importe de la indemnización «es el máximo de los que se reconoce, y que los intereses vendrían a entranñar una indemnización doble, cuando el acto sólo tiene derecho a una indemnización única».

Por su parte, la Corte Suprema de Justicia de la Nación declaró que no procedía imponerlos desde la notificación de la demanda si a esta fecha no había deuda cierta, es decir, «indiscutible en cuanto a su existencia, aunque no lo fuera en cuanto al monto, requisito éste que no se cumplía en el caso debatido, ya que la responsabilidad patronal, cuestionada en autos, se fijó recientemente en la sentencia». Este mismo criterio fué compartido por la Suprema Corte de la Provincia de Buenos Aires en un caso en que, atribuida culpa al obrero, recién en la sentencia, al rechazarse tal defensa, se determinó la existencia del crédito.

Cabe observar, ante esta primera tendencia, que los intereses forman parte de la indemnización misma del perjuicio, por donde vendría a resultar que si su fijación dependiera de la fecha del dictado de la sentencia, el monto de la indemnización percibida por el acreedor, recién dos años después —vaya el ejemplo—, no representaría al capital mandado pagar, sino una cantidad menor, la misma que habría percibido aquél en el supuesto de haberse pagado su acreencia en el momento de nacer la misma. Resulta así que el damnificado percibiría, en realidad, un valor inferior al reconocido en el fallo como expresión de lo justo. La diferencia estaría representada por

el aprovechamiento, por parte del deudor, del interés de un capital que pertenece al acreedor, sin que exista razón alguna que justifique semejante situación. El deudor, por su propia mora en satisfacer la obligación, habrá disminuído, en su provecho, la indemnización fijada en la sentencia y en perjuicio del damnificado, en este caso la víctima del infortunio laboral. Por eso, sostiene Pozzo que consagrar esta doctrina equivale a autorizar al demandado a abonar al actor, en el momento de iniciar la acción, una suma inferior a la que por Ley le corresponde, y cuyo inferior valor estaría dado por el equivalente del descuento de intereses durante el tiempo que, aproximadamente, duraría el pleito.

La objeción de que, por no tratarse de cantidad líquida, el demandado no ha podido abonarla en su tiempo, hasta tanto no sea fijada en la sentencia, no cabe en esta clase de juicios, porque integrando forzosamente los intereses la indemnización ésta no puede ser disminuída sin inferirse un agravio al derecho del acreedor, máxime cuando el deudor está en posibilidad de formar conciencia de la obligación que le corresponde por los accidentes que pueden producirse, y en cuanto al carácter de la lesión, es posible conocerla de inmediato por medio de informes de oficinas dependientes de distintos Ministerios nacionales y provinciales.

III. La gran mayoría de los Tribunales del país han seguido el criterio de que los intereses empiezan a correr desde la fecha de la notificación de la demanda, tesis que fué sostenida por primera vez por la propia Cámara Civil segunda de la Capital Federal —con disidencia del Vocal doctor Salvat—, apoyándose la mayoría en la doctrina de Savigny, Mainzs, Demolombe y Laurent, partiendo de la base que no es posible admitir distingo entre cantidad líquida e ilíquida, respecto al

pago de intereses meramente moratorios en ambos casos. Por consiguiente, resulta evidente, según sus sostenedores, aun en los juicios como éstos, en que se reclaman indemnizaciones por perjuicios recibidos, porque los intereses revisten el carácter de compensatorios, más que simplemente moratorios, puesto que la constitución en mora sólo tiene importancia con respecto a la fecha desde que ha de partir la obligación del pago.

Esta tesis fué sostenida también por la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

IV. En cambio, no ha prosperado mayormente la tesis de que los intereses corren desde los treinta días siguientes de ocurrido el accidente, que se apoya en lo dispuesto por el artículo 106 del Decreto reglamentario de la Ley 9.688, de fecha 14 de enero de 1916, vigente en la Capital Federal y territorios nacionales —idéntico, por otra parte, al de otras provincias, entre otros, el artículo 105 del Decreto vigente en la provincia de Santa Fe, de fecha 6 de octubre de ese mismo año—, ya que sólo fué sostenido en algunos casos aislados por la propia Cámara Civil primera de la capital, que, como se observa, variaba con frecuencia de criterio, y que desechó definitivamente aclarando que la Ley 9.688 no contiene disposiciones que modifiquen los principios generales sobre intereses moratorios, de modo que la obligación derivada del artículo 106 del mencionado Decreto no alcanza a derogar la exigencia legal del requerimiento previo del deudor para que pueda alegarse su mora y reclamarse los intereses correspondientes.

Su primer inspirador en nuestro medio fué el doctor Fernando León, quien, como integrante de la Cámara de Apelaciones de Mercedes, tuvo que expresar que para ello deben descar-

tarse, «como base fundamental, las normas meramente contractualistas, delictuales o cuasi delictuales, porque hay una obligación legis atemperada únicamente con la prescripción anual».

Para fundamentar su teoría —que no fué compartida por sus compañeros de Cámaras, ya que el doctor Salvat votó en disidencia y el doctor Ratti llegó a la misma conclusión, pero por distintos fundamentos—, el citado magistrado y profesor universitario debió elaborar una doctrina propia, propugnando que «el deber de reparar nace del capital productivo de la industria con relación al trabajo productivo del operario», estableciendo que, «al producirse el siniestro, el patrono ha expropiado en su beneficio la salud del obrero (el tanto por ciento de accidentes está previsto en la instalación de toda industria; de ahí las primas de las Compañías de Seguros)», agregando que «la Ley de Accidentes es de orden público y se opera en la doble ruta trazada para el orden meramente civilístico. Y, separándose, no es posible ni lógico aplicarles los mismos moldes, ya que en uno impera el concepto de responsabilidad objetiva y en otro el de subjetiva».

Como se ve, para dar legalidad a la teoría, el citado magistrado debió forzar sus argumentos y equiparar este título de reparación al que nace del hecho de la expropiación efectuada por el Estado, de donde deduce su afirmación que «los intereses deben correr desde la fecha de la desposesión», sosteniendo que «teóricamente, al menos, la Ley pretende restituir al obrero lo que el accidente le ha quitado; por ello se habla de porcentaje, de disminución de instrumental de trabajo; el salario, de renta», sosteniendo, por último, «que negarle el interés desde que lo perdió (total o parcialmente) equivale a tanto como negarle la indemnización misma, y esto es absurdo».

Por brillantes que parezcan los razonamientos del doctor León, estimo que puede refutárseles con una norma que el propio autor ha recordado no hace mucho tiempo, como integrante —ahora— de la Cámara Civil segunda de la ciudad Eva Perón, y según la cual —con sus textuales palabras— «los magistrados damos justicia de la mano de la Ley».

En efecto, no puede el magistrado separarse de la Ley desde que eso y no otra cosa significa equiparar la expropiación, que es un acto potestativo del Estado, con la simple responsabilidad objetiva del patrono en materia de accidentes del trabajo que nace de una disposición legal.

VI. Pero también es indudable —como lo destaca Pozzo— que la solución propuesta es la justa, aunque con un distinto criterio y razonamiento.

En efecto, sabe señalar, siguiendo el criterio tratadista, que si se adopta un criterio civilista para la solución del problema, no cabe sino una salida, que es la dada por la mayoría de la jurisprudencia: los intereses proceden en los juicios por accidentes de trabajo desde la fecha de la demanda, ya que no existe analogía entre la reparación de los daños originados por delito, o casi delito, y la responsabilidad patronal por accidentes de trabajo, porque esta última no tiene en cuenta el elemento intencional. En otras palabras, no pueden aplicarse los principios de la responsabilidad delictual, o casi delictual, a situaciones de simple responsabilidad objetiva. Pero, si sigue afirmando este autor, existe un error evidente al ceñirse tan apegadamente a los textos civiles para aplicarlos en materia de accidentes de trabajo.

La Ley que rige esta materia tiene caracteres propios, siendo de destacar, entre otros, el de constituir una Ley de orden público y el estar tarifada la

indemnización. Como esta indemnización es irrenunciable para el beneficiario, lo que torna su cumplimiento obligatorio para el patrono, el derecho a la misma nace con el hecho mismo. «Producido el accidente, desde el momento mismo, por imperio de la Ley, debe indemnizarse al beneficiario», es decir, que no sería indispensable la interposición de la demanda para que el empleador incurra en mora, porque la situación no es la misma de lo que ocurre dentro del derecho común, donde la reparación del daño reviste caracteres distintos, agregando Pozzo que la Ley establece de antemano el «quantum» resarcitorio, por lo que el juez debe limitarse a aplicar las normas legales, no pudiendo aumentar ni disminuir la indemnización que corresponde a la incapacidad creada por el infortunio.

Si, en virtud de la tarificación, el empleado recibe una indemnización cuyo monto es inferior a su verdadera incapacidad, lógico es, pues, que aquélla no sufra otra disminución, lo cual ocurriría si no devenga interés desde que se hizo exigible.

Como lo precisa el citado autor, bajo el imperio del derecho común, un hecho puede o no originar una indemnización, ya que mientras no se pruebe el dolo, la culpa o la negligencia del imputado, el derecho de la víctima está en suspenso. En el campo del Derecho social laboral ocurre lo contrario: la responsabilidad en cualquier accidente debe ser cargada por el empleador, a menos que éste demuestre estar comprendido entre los eximentes legales; es decir, que el derecho del trabajador nace con el accidente mismo, no pudiendo discutirse sino la mayor o menor extensión de la incapacidad, como consecuencia del «quantum» indemnizatorio, pero nunca la obligación de indemnizar.

El trabajador, al sufrir una disminu-

ción de su capacidad laborativa por efecto de un accidente del trabajo, sufre una privación de todo o parte del único capital que tiene para enfrentar su propia vida y la de los suyos, y por ser capital humano no puede ser identificado o comparado con la pérdida de un capital material, de una cosa o del dinero, aplicándole principios de carácter común —general— que rigen situaciones corrientes de la vida, pero que no cuentan dentro de este derecho, que tiene un campo de acción especialísimo, como es la defensa de los derechos del trabajador, como persona humana e integrante de una determinada colectividad.

Ya he tenido ocasión de sostener que, por estas razones, es ésta la doctrina aceptable, aunque con la salvedad de que ella tiene recién vigencia desde el momento en que el patrono tiene conocimiento de la existencia del accidente, pudiendo señalarse que como lo resolviera la Corte Suprema de Justicia de la provincia de Buenos Aires, en su caso, basta cualquier tipo de interpelación para que los intereses empiecen a correr.

Esta posición, que ya ha sido sostenida por la Cámara de Apelaciones del Trabajo, de Rosario, de la que tengo el honor de formar parte desde su constitución, inicia, a mi juicio, una tendencia jurisprudencial que se ajusta a la interpretación que debe darse a la legislación vigente en esta materia, de acuerdo a las directivas trascendentales introducidas por la Constitución Nacional vigente para la inteligencia del derecho positivo, del cual, como acaba de decirlo la Corte Suprema de Justicia de la Nación, «los magistrados no pueden desentenderse», agregando que «la prescindencia de las resoluciones impuestas por los nuevos preceptos constitucionales, fundada sólo en el alcance literal de un precepto legal, puede lle-

gar a constituir interpretación inconstitucional».

MARIO L. DEVEALI: *Del sistema jubilatorio al Seguro Social.* — DERECHO DEL TRABAJO. — Buenos Aires, julio 1956.

Examina el profesor Deveali en este trabajo la diferenciación existente entre el régimen jubilatorio y el Seguro Social, haciendo primero un rápido examen del origen de las jubilaciones, pasando después a examinar este proceso en la Argentina.

Dice que, en la Argentina, la primera Caja de jubilaciones, creada en el año 1904 por la Ley 4.349, se ajustaba, más o menos, al esquema tradicional, con las modificaciones impuestas por el hecho de que, entre nosotros, el empleado público no goza de aquella estabilidad que le está asegurada en los países europeos, estabilidad que, como lo señalaremos, está íntimamente vinculada con el régimen jubilatorio.

El sistema jubilatorio fué paulatinamente extendido a otros sectores de trabajadores que se encontraban en condiciones parecidas a los empleados públicos europeos, ya que gozaban de la estabilidad propia de estos últimos, como en el caso de los ferroviarios (Ley 9.653, del año 1915) y de los bancarios (Ley 11.232, del año 1923) o que realizaban tareas análogas (personal de servicios públicos, Ley 11.110, del año 1921), o que merecían un amparo especial (personal del periodismo, Ley 12.581, del año 1939, y personal de la navegación, Ley 12.612, del mismo año). Corresponde tener en cuenta que nuestro país fué uno de los que más se resistieron a toda forma de Seguro obligatorio, el cual no fué admitido tampoco en el caso típico de los acci-

denes del trabajo, y sólo con alcance muy limitado fué adoptado en el año 1934 por la Ley 11.933, que creó el Seguro obligatorio de Maternidad. Los gremios aludidos no tenían, pues, otro camino que pedir la extensión del sistema que ya funcionaba en nuestro país, esto es, del sistema jubilatorio.

Tal extensión fué severamente criticada en aquel entonces por los más prestigiosos estudiosos de nuestro país; pero el problema no presentaba especial gravedad, ya que se trataba de gremios relativamente reducidos. La situación se ha modificado substancialmente cuando en el año 1944, por el Decreto-ley 31.665, el sistema jubilatorio ha sido extendido a todos los trabajadores del comercio, a los cuales se han agregado, en virtud del Decreto-ley 13.937/46, los trabajadores de la industria. Finalmente, por efecto de las Leyes 14.337 y 13.339, el sistema ha adquirido alcance general, al crearse las cuatro nuevas Cajas de Previsión para los trabajadores rurales, los trabajadores autónomos, los profesionales y los empresarios. El único sector excluido era el de servicio doméstico, al cual el régimen jubilatorio ha sido extendido en estos días.

Nuestro sistema jubilatorio ha logrado, pues, la misma amplitud que tienen en los otros países los Seguros sociales; pero difiere de estos últimos respecto de los beneficios que otorga y de los aportes que exige. No cuenta, además, con la contribución estatal, que si bien fué prevista por la Ley 13.478, ha sido eliminada en el año 1954 por la Ley 14.370.

De ahí que alguien haya vuelto a hablar de la oportunidad —que ya fué anunciada en un plan del Gobierno anterior— de eliminar el sistema jubilatorio, para sustituirlo mediante un sistema de Seguros sociales. El planteo nos parece equivocado.

En primer lugar, cabe señalar que

nuestro sistema jubilatorio, a la par que iba extendiendo su campo de aplicación personal, ha atenuado, bajo el empuje de la realidad, algunas de las notas típicas que lo diferenciaban de los Seguros sociales. En efecto:

a) La Ley 14.370 ha introducido una escala uniforme de beneficios que renuncia al rígido criterio proporcional con la medida de los aportes, ya que es decreciente, al punto que, después de cierto límite, el porcentaje que se computa a los efectos de los beneficios es inferior al porcentaje del aporte conjunto patronal y obrero. En las últimas Cajas creadas por la citada Ley 14.337 se ha ido más allá, fijándose un límite máximo, sobre el cual se pagan los aportes y se calculan los beneficios. En esta forma se ha abandonado el principio de la retribución prácticamente equivalente al último sueldo, principio que rige únicamente respecto de las retribuciones más modestas. Al mismo tiempo, se ha eliminado —parcialmente en las Cajas más antiguas y totalmente en las más recientes— la posibilidad de beneficios excesivamente elevados que repugnan a las finalidades de los Seguros sociales.

b) El límite de edad ha sido elevado, en las últimas Leyes, a la edad de sesenta años. En cuanto a los regímenes anteriores, si bien no ha sido modificado formalmente, se ha logrado en forma indirecta resultado análogo, al excluir la compatibilidad del beneficio jubilatorio con el ejercicio de un nuevo empleo, reconociendo al mismo tiempo la posibilidad de acrecer el haber jubilatorio mediante la continuación en el empleo después de haber logrado el derecho a la jubilación ordinaria.

c) Ha sido eliminado el beneficio de la devolución de aportes.

d) Ha sido reconocido el derecho a

la jubilación por invalidez y por muerte, sin exigencia de antigüedad alguna de afiliación, otorgando así, respecto de estos riesgos, el amparo propio de los Seguros sociales.

En virtud de estas modificaciones y de otras de menor trascendencia, nuestro sistema jubilatorio puede calificarse hoy en día como un sistema imperfecto de Seguros sociales. El problema actual no consiste, pues, en sustituir un sistema por otro, sino en modificar ulteriormente el sistema actual en forma de que responda siempre mejor a las finalidades del Seguro Social.

En el campo doctrinario puede hablarse de una dicotomía entre jubilaciones y Seguros sociales, insistiendo sobre las diferencias que arriba hemos señalado. Pero en el campo práctico, una vez que el sistema jubilatorio ha atenuado o eliminado algunas de las notas que lo caracterizaban, es imposible marcar una línea neta de separación. Los términos utilizados para designar las instituciones no tienen importancia alguna cuando la substancia ha cesado de coincidir con ellos. Ahora bien, nuestro sistema de previsión —entendemos que no es más el caso de utilizar la terminología originaria de sistema jubilatorio— coincide desde ya, en muchos puntos, con los Seguros sociales, puesto que:

a) Ampara a la totalidad de los trabajadores.

b) Otorga beneficios que, si bien están relacionados con la medida de los aportes, amparan especialmente a los sectores más necesitados, fijando un mínimo de haber jubilatorio y adoptando una escala de beneficios que favorece los sueldos más reducidos.

c) Cubre los dos riesgos más graves, que son los de invalidez y de muerte —y así también los accidentes del trabajo—, a partir del primer momento de afiliación.

d) Ha elevado, en forma directa o indirecta, el límite de edad para jubilarse, evitando —mediante el régimen de incompatibilidad— que la jubilación, en lugar de responder a una necesidad, se convierta en una renta para quien continúa en su trabajo.

e) Finalmente, mediante el régimen de reciprocidad y la acumulación de servicios y aportes, se acerca a aquel régimen unitario y uniforme, propio de los Seguros sociales.

Puede objetarse que la medida de los aportes es demasiado elevada en comparación con la normal de los Seguros sociales. La objeción, por cierto, es fundada. Pero cabe recordar que en todos los sistemas de Seguros sociales existe una generosa contribución del Estado. Una parte del aporte a cargo de los empleadores —que son quienes más se quejan— sustituye en nuestro sistema la contribución que, en caso de reducirse ese aporte, tendría que abonar el Estado, contribución que debería ser costeadada con un aumento de los impuestos. El aporte de los empleadores constituye, pues, una forma indirecta de impuestos que, en definitiva, afecta a los consumidores más que a los empleadores.

Por otra parte, los aportes jubilatorios, en la medida actual, ya están incorporados en el mecanismo de los costos y de los precios; por consiguiente, una eventual reducción de los mismos difícilmente podría traducirse en una disminución de los precios y contribuir al abaratamiento de la vida.

Igualmente corresponde tener en cuenta que algunas de las Cajas de previsión, que ya están funcionando, se encuentran actualmente en una situación deficitaria. Es cierto que el Estado ha absorbido buena parte de sus recursos mediante las «obligaciones de previsión social»; pero es evidente que el Estado no puede devolver, en

el momento actual, todo el importe de tales obligaciones. Y aun en el caso de hacerlo, se trataría de un alivio temporario, destinado a postergar por poco tiempo la crisis de algunas Cajas de previsión.

Esta situación, si bien grave, no es alarmante. En efecto, la causa de las dificultades en que se encuentran algunas Cajas consiste en el hecho de que ellas otorgan a sus afiliados un tratamiento más favorable que las demás, y, a pesar de esto, les exigen menos aportes. Tratamiento de privilegio que no siempre encuentra justificación en la naturaleza especial de la actividad a que se refieren. Sería, pues, suficiente ajustar el régimen de tales Cajas al que rige respecto de las otras y exigir el pago regular de los aportes patronales para sanar su situación.

En cuanto a las cuatro Cajas de más reciente creación, cuya situación —según parece— es realmente grave, cabe recordar que las Leyes que las crearon no han sido todavía reglamentadas; resulta, pues, posible reformarlas convenientemente antes que empiecen a funcionar en pleno. Lo mismo debe decirse respecto del régimen de previsión para el servicio doméstico, que ha sido creado en estos días por el Gobierno provisional.

Una vez realizadas estas reformas, que responden, al mismo tiempo, a exigencias de orden financiero y a obvios principios de justicia y de ética, podrá encararse la integración de nuestro sistema de previsión, incorporando al mismo la cobertura de nuevos riesgos, empezando por los accidentes del trabajo y la maternidad, para pasar sucesivamente al amparo de las enfermedades y a la Medicina preventiva. Por último, podría contemplarse también el problema de las asignaciones familiares y del Seguro de desocupación.

No está en nuestro propósito exponer

un programa detallado, sino simplemente señalar la oportunidad de evitar que, para el amparo de los riesgos aludidos, se creen nuevas instituciones, que exigirían nuevos aportes, ocasionando así un aumento de gastos y una dispersión de recursos.

Nuestro sistema de previsión —lo repetimos— es un sistema imperfecto de Seguros sociales. Parece, pues, inoportuno en el momento actual, después de tantos años de funcionamiento, pensar en eliminarlo para sustituirlo por otro sistema; lo cual, por otra parte, podría realizarse sólo en un período muy largo, siendo imposible prescindir de los derechos que corresponden a los afiliados actuales, y que fueron consagrados, en forma terminante, en las Leyes que han creado algunas Cajas de previsión.

Lo que corresponde es perfeccionar el sistema actual con prudencia, eliminando privilegios injustificados y extendiendo su amparo a nuevos riesgos, teniendo en cuenta las experiencias extranjeras, pero sin olvidar la situación especial de nuestro país, que, bajo algunos aspectos, es realmente favorable. Si nuestra composición demográfica, nuestra situación ecológica y nuestra economía permiten, después de las reformas indicadas, abonar un beneficio jubilatorio más generoso que el propio de la mayoría de los sistemas de Seguros sociales, no existe motivo para eliminarlo. En lugar de una falla de nuestro sistema, podrá representar una particularidad del mismo, conforme a la idiosincrasia de nuestro pueblo, y destinada a sustituir modalidades propias de otros países.

Las jubilaciones, los Seguros sociales y la Seguridad Social representan tres etapas de un proceso típico de la civilización moderna. Como lo señaláramos en otra oportunidad, algunos de los países que se adelantaron en adoptar los Seguros sociales, a la par de los

que se inspiran en la ideología comunista, ya han realizado, o están realizando, un sistema más o menos completo de Seguridad Social: modificando en este sentido los sistemas preexistentes de Seguros sociales. Entendemos que en este momento corresponde a nuestro país realizar la segunda etapa, transformando el sistema actual en un sistema de Seguro social, sin renunciar por esto a estudiar la conveniencia de una evolución ulterior hacia la Seguridad Social.

JOSÉ GÁLVEZ JAIME: *El Servicio Nacional de Salud, de Inglaterra.*—INFORMACIONES SOCIALES.—Perú, abril-mayo-junio 1956.

Aunque el presente trabajo no refleja aspectos nuevos ni doctrinales en relación con la materia, lo incluye nuestra Revista por suponer una visión de conjunto muy acertada de la realidad de la Seguridad Social en Inglaterra en el momento presente.

Una visita a Inglaterra, que efectuamos en el primer semestre del presente año, en el curso de una gira de estudio por diversos países de Europa, nos puso en contacto personal con la realidad sanitaria británica, a través de una de las instituciones más interesantes del mundo en materia de Seguridad Social: el «National Health Service», de dicho país. Nuestro objetivo, al conocer diversas dependencias administrativas, hospitales, centros docentes y conversar con médicos pertenecientes a estas entidades, fué, pues, doble; en primer lugar, el de la especialidad que cultivamos, y en segundo término, el panorama más amplio de la Medicina social y la Política sanitaria.

Formidable experiencia sanitaria.

El NHS, o Servicio Nacional de Salud, de Inglaterra, es un gigantesco

organismo sanitario que empezó a funcionar en 1948; es decir, tiene ocho años de existencia. En ese año se realizó una gran transformación en materia de salubridad pública: casi todos los sanatorios, hospitales, casas de convalecencia y establecimientos similares fueron nacionalizados, reservándose el Gobierno una especie de monopolio de las actividades sanitarias. Asimismo, el reparto geográfico de los nuevos médicos fué sometido a una Comisión especial. En esta forma se iniciaba una formidable experiencia, cuyo desenvolvimiento es observado desde entonces con el máximo interés por todos los países del orbe. La «socialización» de la profesión médica —no de la Medicina, por ser ésta una ciencia y un arte, no puede ser sometida a un proceso de tal índole— tiene, por tanto, un neto ejemplo en Inglaterra. Como afirmó el doctor R. Mahon en el IX Congreso Internacional del Colegio Internacional de Cirujanos, la «socialización» de la profesión médica está caracterizada y se define como «la doble tendencia hacia la extensión de la asistencia gratuita a toda la población y hacia la funcionarización de los profesionales médicos». Esto es, pues, lo que ocurre en Inglaterra, en una medida única entre los países occidentales.

La acerba pugna que tuvo lugar en un principio entre los médicos y la naciente organización se resolvió pronto en un acuerdo de contrato colectivo, negociado en un plano nacional, en que intervino la «British Medical Association» o Asociación Médica Británica y el Comité Willing, con lo cual se abrieron las puertas para el desarrollo de estas nuevas ideas.

El Plan Beveridge y su diagnóstico de la necesidad.

En la creación del NHS intervino en forma decisiva el renombrado econo-

mista y sociólogo sir William Beveridge (actualmente lord), quien presentó un Plan de Servicios Sociales basado en un «diagnóstico de la necesidad», el que tenía como punto de partida las condiciones de vida del pueblo británico tal como fueron reveladas por los estudios sociales realizados entre las dos guerras». En definitiva, lo que se propugnaba era expandir la Seguridad Social, creando un Seguro integral que cubriese todos los riesgos y protegiese a todas las personas. Naturalmente, dentro de esto jugaba un papel preponderante el aspecto médico o sanitario. Los cinco «gigantes» que intentaba combatir Beveridge eran la indigencia, la enfermedad, la ignorancia, la miseria y la inacción o pereza. Todos, actuando en conjunción, producían la necesidad del grupo social.

Historia de una gran solidarización de riesgos.

De 1912 databa un sistema de protección de la salud llamado «National Health Insurance Scheme», que cubría solamente a la mitad de la población, pero dejaba a un lado a las mujeres, niños y ancianos. Coexistía con el mismo un tipo de Seguros voluntarios, los llamados «Voluntary Sick Clubs» o «clubs» voluntarios de ayuda a los asociados enfermos.

En plena segunda guerra mundial, en noviembre de 1942, Beveridge concluyó su famoso Informe, en el que abogó por un sistema comprensivo o integral, abarcando en sus beneficios desde el primer Ministro hasta el último ciudadano. En febrero de 1944 fué preparado un documento blanco sobre el NHS o Servicio Nacional de Salud. Dos años después, ya en pleno período postbélico, fué presentado al Parlamento, y en noviembre de 1946 se otorgó el necesario asentimiento o

aprobación real. De este modo, el NHS empezó a existir el día 5 de julio de 1948.

Veamos ahora cuál era la situación previa a esta fecha fundacional del ingente organismo. Antes de 1948, los hospitales de Inglaterra se dividían en voluntarios y municipales. Los voluntarios o benéficos tenían su raigambre muy atrás, en los tiempos medievales, y eran instituciones caritativas. En cambio, los municipales nacieron con la llamada Ley de Pobres, promulgada por Isabel I. Hasta 1938, el Ministro de Salud sólo tenía la supervisión y control de los hospitales municipales, la cual resultaba ineficaz. La razón principal para la creación del Servicio Nacional de Salud fué incluir a las mujeres, niños y ancianos, que estaban segregados por anteriores sistemas. Por tanto, si antes de 1948 sólo 20 millones estaban protegidos en su salud, con el «National Health Service» entraron dentro de la protección, estatutariamente, los 49.250.000 habitantes de las Islas. En la práctica, sin embargo, sólo el 97 por 100 de este número queda a cargo del «National Health Service», porque las fuerzas armadas y la clase adinerada poseen, los primeros, servicios médicos propios, y la segunda obtiene atención fuera del mencionado sistema.

Como puede verse, el hecho de esta gigantesca solidarización de riesgos y de ayuda mutua, legislada previamente, y por lo tanto compulsiva, no deja de ser sugerente en hondas meditaciones, inclusive filosóficas.

Seguridad Social en sentido amplio

El Ministerio de Salud, del que depende el NHS, está encargado de los beneficios en especie, pero no los en dinero. En cambio, el Ministerio de Pensiones y Seguro Nacional otorga

solamente beneficios en dinero en caso de vejez, invalidez y muerte. Por otro lado, si consideramos que también la Seguridad Social, dentro del «mínimo nacional» que persigue obtener como meta más señalada, comprende otros aspectos, como la vivienda, tenemos, además, el denominado «Ministry of Housing and Local Government» —Ministerio de Alojamiento y Gobierno Local—, que es, igualmente, de reciente creación. Tiene como misión la construcción de viviendas suficientes, el desarrollo de nuevas ciudades y la reconstrucción de posguerra.

En cuanto al Ministro de Salud, que es uno de los 35 Ministros del Gobierno de Su Majestad la Reina de Inglaterra, es interesante anotar que, habiendo estado anteriormente en el Gabinete, su situación actual es fuera del mismo. Como es lógico, el Primer Ministro coordina, en último término, las tareas de los distintos Ministerios, entre ellos el de Salud, de acuerdo a las necesidades y la política interna del país. El acta de fundación del Servicio Nacional de Salud establece que es obligación del Ministro de Salud «promover el establecimiento en Inglaterra y Gales, de un Servicio de Salud comprensivo, es decir, integral, planeado para asegurar el mejoramiento de la salud física y mental del pueblo de Inglaterra y Gales y la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades». Existe una Ley separada para Escocia y otra para Irlanda del Norte, bajo idéntico patrón que el NHS. En cuanto al Ministerio de Salud, posee una oficina central en Londres, una oficina ejecutiva en Newcastle, donde se hallan los registros centrales del Seguro, 12 oficinas regionales y más de 900 locales. El NHS es un organismo estatal, y en esto difiere de las instituciones de Seguros obligatorios de otros países, que son paraestatales.

Campo de aplicación del Seguro

Como se ha dicho, cualquier civil residente en Inglaterra, sea nacional o extranjero, está considerado dentro de la labor que toca desempeñar al Servicio Nacional de Salud o NHS. Para recibir beneficios no se requiere carnet ni libreta de cotizaciones de Seguro Social. Inclusive, un visitante extranjero que se encuentra de paso por tres meses o menos, si requiere tratamiento, lo puede pedir a cualquier médico, y lo tratará como residente temporal. Después indicaremos el procedimiento que se sigue para la elección de facultativo.

Tres ramas principales del Seguro

El NHS está formado por tres ramas fundamentales de profesionales: I. Los médicos prácticos (organizados bajo los «Executive Councils»). II. Los especialistas de hospitales (organizados por los «Regional Hospital Boards»); y III. Los funcionarios de salud pública (que dependen de los «County Councils», o sea, del Gobierno local).

Se trata, pues, de tres grupos diferentes de servicios sanitarios: el de la atención domiciliaria o familiar, que llevan a cabo los médicos prácticos o «general practitioners» (G.P.), el de atención hospitalaria a cargo de los especialistas o consultantes que atienden en estos establecimientos, y, por último, los funcionarios de salud pública, cuya labor es preventiva fundamentalmente. Estas tres ramas del Seguro Médico de Inglaterra, o sea, del NHS, están financiadas a una manera diferente: los «Executive Councils» o «Consejos Ejecutivos», que supervisan las funciones de los médicos de familia, lo mismo que los «Regional Hospital Boards» o Juntas Regionales de Hospitales, que asumen la re-

ponsabilidad de la marcha de los nosocomios, están financiados cien por cien por el Tesoro Nacional, es decir, son ramas centralizadas. En cambio, los «County Councils» o Consejos del Condado, que realizan obra de salubridad pública, tienen una financiación mitad central y mitad local. Esta participación condal o provincial, con fondos de la comuna, a nuestro entender, tiene enorme importancia, ya que permite la correlación de las obligaciones del gobierno central, con las del gobierno local. Así, el NHS, a pesar de ser un servicio del Estado, solamente en forma parcial es un servicio central, ya que existe una neta tendencia a la descentralización administrativa, con todos sus beneficios.

Organización territorial y administrativa del NHS

Inglaterra está dividida en 146 Condados y «County Boroughs», o sea, organismos de gobierno local. Los segundos rigen a las ciudades principales, que tienen más de cien mil habitantes. A esta división territorial corresponde una exacta división sanitaria, con sus correspondientes «County Councils» y «County Borough Councils». La otra rama, la de médicos generales, está organizada bajo 138 «Executive Councils». Es importante señalar que los miembros de estas Juntas sirven en capacidad libre o voluntaria. En cuanto a la rama hospitalaria, la organización actual es la siguiente: hay 14 Juntas Regionales de Hospitales, casi 400 Comités de Dirección de Hospitales («Hospital Management Committees»), 36 Juntas de Directores que tienen a su cargo el funcionamiento de los Hospitales de Instrucción y, en total, el número de hospitales del país alcanza a 2.800.

Las funciones del Consejo Ejecutivo Local («Local Executive Council») me-

recen una especificación detenida: 1) contratar médicos; 2) organizar los tratamientos de urgencia y los que se dan a los residentes temporales; 3) asegurar la adecuación entre el número de médicos y su distribución territorial. Con este objeto existe un Comité de Prácticas Médicas encargado de dar recomendaciones en este sentido; 4) seleccionar a los médicos que han de ocupar los puestos vacantes; 5) distribuir el dinero para el pago a los médicos generales, y 6) investigar las quejas formuladas contra éstos. Para ello, en la misma zona del Consejo Ejecutivo Local existe un Comité Médico Local, de carácter gremial, y que tiene ciertas funciones de colegiación y aplicación de normas deontológicas. Estas entidades serán las encargadas de conocer, en primera instancia, las mencionadas quejas, naturalmente, relativas a la forma de prestación de servicios profesionales.

Financiación del Servicio Nacional de Salud

Al haber nacionalizado el Estado inglés prácticamente toda actividad sanitaria, ha debido financiar el NHS como una carga del Ingreso Nacional, «en la misma forma que las Fuerzas Armadas y otras necesidades». La mayor parte de los gastos del NHS son sufragados por el «National Exchequer», que hace de «Pool» o Caja central de dinero, a base de impuestos que paga toda la población. Una cantidad menor al 10 por 100 proviene del Fondo Nacional de Seguro o «National Insurance Fund». Como se ha expresado anteriormente, los servicios condales de salud están sostenidos en un 50 por 100 por fondos locales.

El presupuesto del Servicio Nacional de Inglaterra, en 1953-54, fué de 430 millones de libras esterlinas. Actual-

mente cuesta el Servicio unos 500 millones de libras, es decir, que está por encima del «ceiling» o tope que puso el Chancellor del Exchequer, cuando recomendó no sobrepasar el costo de 400 millones de libras del presupuesto 1950-51. En cifras redondas, la atención de la salud por el Estado cuesta a ésta 10 libras por persona y por año, siendo, por lo tanto, un sistema bastante caro. Para la salud se destina un 4 por 100 de la Renta Nacional, considerada en su conjunto. Los servicios médicos generales incluyen atención de maternidad, cuestan una libra y cinco chelines por persona y por año, excluyendo los medicamentos y prótesis. Por su parte, los medicamentos cuestan, en cifra aproximada, una libra por paciente y por año. En total, pues, cada persona causa un desembolso de dos libras y cinco chelines, a lo que hay que agregar el gasto de hospitales y administración, hasta hacer el promedio de diez libras.

Según un estudio reciente sobre el costo del Servicio Nacional de Salud, la elevación del presupuesto no responde sino a un aumento aparente. Después de deducir los gastos de atención a las personas que utilizaron el NHS en dos años fiscales diferentes, se puede establecer la siguiente comparación:

Ejercicio 1949-50, 3,75 por 100 de la producción nacional en bruto.

Ejercicio 1953-54, 3,25 por 100 de la producción nacional en bruto.

Por lo tanto puede decirse que, en términos «reales», el costo del Servicio bajó en lugar de haber subido.

Número de médicos y sistemas de pago

En Inglaterra, Gales y Escocia, el número de médicos empleados en el Servicio Nacional de Salud es de 18.000. Además, hay que considerar

2.000 médicos fuera de la Institución, y se han calculado unos 800 en práctica privada, muchos de los cuales son mayores de edad. Entre los que están fuera del NHS se cuentan los médicos de las Fuerzas Armadas.

En cuanto al sistema de pago a los médicos, el predominante es el llamado «capitation fee» o tanto por persona (pago «per cápita»). También se abona por acto médico a los consultantes o especialistas y por sueldo al personal de hospitales, sea a tiempo, parcial o completo («wholetime»). Existen médicos superintendentes y administrativos de hospitales, cuyos honorarios y trabajo se regulan por las deliberaciones del Consejo Whitley, fundado en 1950.

Los honorarios «per cápita» son en promedio de una libra anual por persona sana o enferma que se confía al cuidado del médico. La suma total se paga en cuatro trimestres, pero se conceden anticipos si el médico así lo solicita. Los médicos generales o «G.P.» («general practitioners») cobran extra por maternidad, emergencias, viajes en el desempeño de sus funciones y, por último, cuando dispensan personalmente medicamentos, cobran también un gravamen al paciente.

Detalles del trabajo de los médicos

Hemos inquirido a funcionarios del Ministerio de Salud, cuál es la remuneración promedio que reciben los médicos al servicio del NHS. Se nos contestó que, desde 1952, se concedió a todos un aumento de sueldos del 100 por 100, tomando como referencia la escala de 1939. (Este aumento se llamó el Danckwerts Award.) En la actualidad, un «G.P.» percibe un promedio anual bruto de tres mil libras esterlinas —que harían unos diez mil dólares—, pero el neto es de unas 2.200 libras. Si un médico general tiene

su lista de atención «per cápita» completa al máximo, o sea, 3.500 personas, recibe al año 3.475 libras. Es de advertir que algunos médicos ganan también cierta suma fuera del Servicio, que en ciertas áreas podría estimarse como un promedio de 600 libras anuales.

Resulta sumamente interesante el sistema de pago, que llamaremos con nuestros términos «a destajo», pero con escalón intermedio. En la lista que posee el médico, del número 1 al número 501 recibe 17 chelines por persona. En cambio, del número 502 al número 1.500 recibe un recargo o «loading» a su favor de 10 chelines, o sea, un total de 27 chelines por cada una de estas personas. Y por último, del número 1.501 al número 3.500 vuelve a recibir 17 chelines. Este escalón intermedio tiene por objeto disuadir al médico de que trate de conseguir hasta los últimos centenares de su cupo, con un fin exclusivamente utilitario, ya que le bastará con el escalón intermedio, las personas que le preceden y algunas más, si el médico dispone de tiempo y energías.

Otros detalles de que nos enteramos son los siguientes: el pago de una cierta suma por la distancia recorrida («mileage payments») que podríamos traducir por el kilometraje en servicio. En las áreas rurales es donde se aplica este pago, que es de una guinea entre 20 y 40 millas y una guinea suplementaria por cada 20 millas más. En ciertas zonas difíciles o poco gratas, para inducir o estimular al médico, es de 250 libras anuales. Se ha hecho un estudio sobre el promedio de trabajo que el médico despliega anualmente en relación a su lista o sector de población a su cargo. Casi cinco veces —para ser exactos, 4,8 veces—, atiende un médico al año el número de individuos que integran su lista. Así, si tiene 3.000 personas que cuidar —de

cualquier sexo, edad y condición—, tendrá que efectuar 15.000 consultas durante el año.

Aspectos legales, control y sanciones

El médico que trabaja dentro del NHS extiende gratuitamente certificados que tienen importancia médico-legal para los pacientes. Está obligado a llevar, para cada persona a su cargo, una Ficha Médica que calificaremos de «ficha única vital», y, además, lleva un registro de diagnósticos y tratamientos en formularios especiales, que se envían al Consejo Ejecutivo en caso de fallecimiento del paciente. Si se presenta alguna denuncia, el Comité Médico Local es la autoridad que conocerá en primera instancia de la misma. Los cargos son, en general: si la prescripción es excesiva, si el médico lleva los expedientes de una manera adecuada, o si efectúa la certificación y documentación en forma reglamentaria. En situaciones extremas el Consejo Ejecutivo Local, al recibir el informe de la Junta anteriormente mencionada, puede recomendar la cancelación o retención de los honorarios. Los médicos generales han de aceptar el fallo expedido; sin embargo, los especialistas pueden apelar al Ministro de Salud.

Generalidades sobre prestaciones en especie

Del volumen II de la obra «El Seguro de Enfermedad», que editó la Asociación Internacional de la Seguridad Social, con motivo de su XII Asamblea General realizada en Méjico, 1955, obtenemos los siguientes datos sobre el modo de las prestaciones sanitarias en especie que se sigue en Inglaterra.

En primer lugar, las prestaciones son directas y gratuitas, salvo en ciertos renglones, en que se ha creado un

«tikec moderador» para limitar demandas innecesarias. En casos especiales puede seguirse un sistema de reembolso, consistente en devolver el monto de los gravámenes pagados si se trata de prestaciones odontológicas u oftalmológicas en personas para quienes dicho gasto supone un serio desequilibrio. En segundo lugar, como asunto general, tenemos que, el médico práctico o «general practitioner», está considerado en el funcionamiento de la institución como el «leader» clínico, es decir, el jefe del equipo domiciliario («domiciliary team»), que acude para restablecer la salud o prevenir las enfermedades en las familias que forman parte del conglomerado social. Este concepto, sumamente acertado, ya que tiende a contrarrestar la dispersión analítica de la medicina moderna, es fuerza confesar que todavía no se cumple en forma amplia, como lo afirman las propias autoridades sanitarias británicas.

Atención odontológica

Se puede acudir a cualquier dentista del NHS, y para escoger su nombre existen listas completas en las oficinas de Correos de cada localidad. No se requiere solicitud especial, al contrario de lo que sucede con los médicos. El dentista y el paciente firman en la primera consulta una solicitud de la que el paciente guarda la parte que lleva la firma del odontólogo. Si es extranjero y si permanece en Inglaterra un período inferior a tres meses, también puede obtener tratamiento odontológico con el solo trámite de mostrar el pasaporte.

Por un tratamiento completo en la dentadura se paga un gravamen de una libra esterlina para los mayores de veintiún años. Están exceptuados los menores, los internados en nosocomios y las mujeres gestantes. De las den-

taduras postizas se paga solamente un parte del costo. Existe un Servicio Odontológico Escolar.

El promedio de ingreso anual de odontólogo inglés es de 4.000 libras pero como tiene que costear por sí mismo los gastos de material usado, el neto llega a 2.000 libras esterlinas. En 1952 se disminuyó a los dentistas una parte de sus ingresos, porque se los encontró desproporcionados. En la actualidad, la profesión odontológica no es muy popular en Inglaterra —por lo que faltan estos profesionales—. Las relaciones del Ministerio de Salud con la profesión odontológica no son tan buenas como con la médica, según se nos ha afirmado.

El cuidado de los órganos de los sentidos

En cuanto a la atención deontológica, existen Clínicas especializadas en enfermedades de oídos; el enfermo no solamente puede obtener atención especializada, sino también, si es necesario, un aparato del tipo «hearing aid» o audífono. El aparato se suministra y mantiene gratuitamente. Inclusive en un hospital cercano se da al paciente una asignación adecuada de baterías.

En lo que toca al cuidado de los ojos, la persona que cree necesitar gafas obtiene primero una recomendación de su médico familiar y acude entonces a alguno de los 960 oftalmólogos que hay en Inglaterra o directamente al optométrico. (El optométrico, que al mismo tiempo dispensa anteojos es llamada «opthalmic optician». El número de optométricos y ópticos es de unos 7.000.)

Las gafas o anteojos se suministran abonando la mitad, aproximadamente, del costo de las lunas. El resto, más el costo de la armadura, es gratuito para el paciente. Para los niños, el suministro es totalmente gratuito. Las gafas

telescópicas o lentes de contacto se suministran por intermedio de los Servicios Hospitalarios de Oftalmología. Al acudir por una medida de vista hay necesidad de llevar la tarjeta de inscripción en el NHS, pero para los extranjeros residentes temporales sólo es necesario mostrar el pasaporte. El oftalmólogo recibe una libra por medición de la vista.

Otros especialistas o consultantes pueden ser también requeridos por el «G.P.» para prestar atención a los pacientes, inclusive en forma domiciliaria. En promedio, un especialista no gana mucho más que el médico general, pero algunos de ellos hacen 5.000 libras esterlinas anuales o pasan de esta cifra.

La prótesis y la atención de maternidad

Una madre en gestación puede escoger los servicios de un ginecólogo-tocólogo y los de una obstetrix. Generalmente, será esta última la que atiende a la madre en el momento del parto, pero podrá ser llamado el especialista si es necesario.

En cuanto a los aparatos de prótesis que requieren los enfermos, el médico o cirujano expedirá una orden de entrega para la farmacia o el establecimiento que expende aparatos de ortopedia. En zonas rurales, el mismo médico puede suministrarlos. El gravamen por estos aparatos protésicos es de un chelín, excepto calzado ortopédico, bragueros, fajas abdominales, géneros de punto elástico y pelucas, que se entregan a un 50 por 100 del costo. La reparación de prótesis es completamente gratuita, salvo casos de incuria.

Prestaciones farmacéuticas

Constituye una característica esencial del régimen de Seguro de enfermedad en Inglaterra la concesión de prestacio-

nes farmacéuticas, sin recargo para el paciente, excepto el pago de un chelín por cada receta, a manera solamente de «tikec moderador». No existen restricciones en la prescripción, salvo que debe encuadrarse dentro de la necesidad terapéutica en cada caso, y para ello hay un Formulario Nacional, que es bastante completo para abarcar toda clase de fármacos y drogas, inclusive las más modernas y caras. Con la receta, el enfermo puede conseguir su medicación en cualquier farmacia que esté dentro del Servicio Nacional de Salud o, en su defecto, en ciertas zonas rurales, el mismo médico podrá suministrar los remedios. Se indica a los enfermos que deben devolver los frascos y botellas en forma rápida y perfectamente limpias.

Atención hospitalaria y su mecanismo

Siempre que alguien lo necesite, el tratamiento y la atención en camas de hospitales son gratuitos. Sin embargo, hay pequeños pabellones en los hospitales, donde por una paga parcial se consigue cierta mayor comodidad. Por último, los pacientes que deseen atenderse en forma privada con el especialista de su confianza, pueden ocupar habitaciones o pabellones donde deberán cubrir íntegramente los gastos de mantenimiento y los derechos del consultante. Si el médico de familia lo considera conveniente, puede arreglar una estancia en una residencia de vacaciones, en sanatorios de convalecencia o en otro lugar semejante, pagando el enfermo un gravamen en proporción a sus recursos.

En términos generales, puede decirse que la carga hospitalaria del NHS es bastante grande. De un estudio estadístico del «Board» Regional de Hospitales de Oxford se extrajo la siguiente conclusión sobre dicha área: «dos hospitales han tenido un paciente in-

ternado de cada 13 personas de la población general, y atendido un paciente de consultorios externos por cada ocho». Otro estudio interesante, que sin embargo no permite concebir ningún método práctico para aliviar esta pesada carga, es el que ha llegado a la conclusión de que en los hospitales los divorciados, solteros o viudos hacen el doble de demanda que los casados. Este resultado fué obtenido examinando cifras nacionales de trabajo asistencial.

El importante problema de la salud mental

El Servicio Nacional de Salud tiene abiertos y en funcionamiento 140 hospitales psiquiátricos y 170 hospitales para deficientes mentales. Además, en los hospitales generales un 44 por 100 de las camas se destina a enfermos mentales. Las instituciones y hospitales psiquiátricos están bajo la dependencia de los «Boards» Regionales de Hospitales, siendo la acomodación y el tratamiento gratuitos por entero. Antes de 1948 se tenía que pagar por estos conceptos. En la actualidad se observa una mayor coordinación asistencial entre la salud mental, si se considera la etapa previa al NHS.

Servicios sanitarios a domicilio

Conforme habíamos expuesto más arriba, es función de los «County Councils» y los «County Borough Councils» el prestar servicios de atención domiciliaria y salud pública. Las cinco funciones más importantes de estos organismos son: 1) cuidado de las madres gestantes y enfermería para madres y niños menores de cinco años; 2) atención de obstétricas o comadronas en el parto; 3) atención de enfermería a domicilio cuando hay enfermos que requieren aislamiento. Si se necesitan sábanas, mantas, colchones y alimen-

tación especial, se pueden suministrar en casos especiales; 4) efectuar toda la vacunación e inmunización necesaria: contra la viruela, difteria y coqueluche. Igualmente, en forma sistemática, la vacunación con BCG; y, por último, 5) servicio de visitadoras sanitarias para dar consejos sobre cuidado de niños, atención en caso de tuberculosis, procedimientos sanitarios, administrativos, etc.

Servicio de ambulancias y transporte

Es el médico quien, generalmente, arregla el envío de una ambulancia para recoger un enfermo. La Cruz Roja Británica y las Brigadas de Ambulancias de Saint John son las que suministran estas unidades móviles. No se tiene que pagar nada por este servicio de transporte.

En casos de accidentes, para el servicio de emergencia es conveniente buscar primero al médico de familia, pero si no lo encuentra, cualquier médico del NHS puede prestar la atención del caso. Si se cambia de residencia, se puede pedir a un médico diferente que lo trate como «temporary resident» o residente temporal. Tampoco será necesario abonar suma alguna por el tratamiento.

Libertad de elección y secreto profesional.

La manera de escoger un médico del NHS es la siguiente: Una vez conocida su dirección en las listas que existen en las oficinas de Correos, se llena una solicitud Forma ECI (Rev.), que posee el mismo médico o el Consejo Ejecutivo Local. Todo individuo mayor de dieciséis años puede escoger el médico de su preferencia. Los padres o tutores se encargan de escoger el «doctor de familia» para los menores. Si se desea, se puede cambiar de médico. Una vez

que el solicitante de atención médica es aceptado por primera vez, el Consejo Ejecutivo Local le enviará una tarjeta con su número de inscripción en el NHS. Todo cambio de residencia del inscrito será comunicado lo más pronto posible. El médico también conserva la libertad de rehusar un paciente determinado. Esto salva el principio de libre elección en forma bilateral.

En cuanto a la libertad de elegir el médico un lugar para su trabajo, está limitada por las exigencias regionales, asunto que es objetivo del Comité de Prácticas Médicas. El secreto profesional existe en Inglaterra, pero hay acceso a fichas sin código para el personal de estadística sanitaria.

Reacciones psicológicas de médicos y enfermos.

Inglaterra es un buen campo para estudiar los llamados «factores psicológicos de la Seguridad Social», asunto sobre el que el austríaco Reinhold Melas escribió un interesante estudio en una publicación de la Asociación Internacional de la Seguridad Social. Cuando el NHS prometió un servicio médico completo y «gratuito» para toda la población, la reacción de ciertas personas fué crearse el prejuicio de que los médicos generales eran simplemente suministradores a petición de recetas y certificados. Esto, naturalmente, se ha ido modificando con el transcurso del tiempo. Otro detalle de interés es que algunas personas procuran innecesariamente ingresar en los hospitales, ya que esto supone un ahorro y, por otra parte, un descargo en la responsabilidad de la atención familiar. Esto, como es lógico, resulta contrario a la Medicina social, cuyos postulados son precisamente que la atención preventivo-curativa ha de ser eficaz, pero, al mismo tiempo, económica. Si un pa-

ciente que ha podido ser tratado en forma apropiada en casa va al hospital, el Exchequer paga dos veces: en el costo de asistencia nosocomial y en el servicio de médicos generales por el sistema de tanto «per cápita».

En lo que toca al médico británico, parece ser que la conciencia que tiene de su función social va cada vez en aumento. Como no se le paga por acto médico, sino que se le confía un sector de la población, su interés es mantener a tales personas en buen estado de salud, de manera que no le den mucho trabajo en un momento determinado.

Seguridad Social para el médico.

Los profesionales médicos entran en Inglaterra en un sistema de pensiones llamado «Superannuation Scheme». El 6 por 100 de la ganancia neta del médico es descontado en forma reglamentaria, y el Exchequer aporta a este fondo un 8 por 100. Después de un período de calificación de cinco a diez años, los médicos adquieren derechos a un amplio margen de beneficios, que se pagan en caso de incapacidad física, retiro y muerte. En el fallecimiento se otorga, además, pensión a la viuda.

El lugar de Medicina preventiva.

Como se ha visto anteriormente, el NHS realiza labor de prevención de enfermedades transmisibles, como la difteria, la viruela y coqueluche, existiendo un programa de acción antituberculosa. Además, se señala que no habiendo ahora ninguna barrera económica para la consulta con el médico en las personas que acuden en procura de atención, se realiza un diagnóstico más precoz, con lo que aumentan las posibilidades de curación. La Visitadora, o «Health Visitor», que en nuestro medio se llama Asistente social, está cada vez cobrando mayor impor-

tancia en la labor médica preventiva.

En cuanto a los Centros de Salud, «Health Centers», establecimientos de índole eminentemente profiláctica —de los cuales seis son novísimos—, dotados de un personal médico experto, se nos ha dicho que son el sueño dorado de las autoridades del NHS; pero debido a que, en primer lugar, su funcionamiento es muy costoso, y en segundo, al disgusto y malos entendidos de los médicos generales, no han progresado mayormente. De allí que en un Informe del propio Servicio se ha llamado la atención sobre: «1) el divorcio administrativo entre la Medicina preventiva y curativa, la práctica de médicos generales y la práctica hospitalaria, con vacíos, interferencias y confusiones, y 2) la posición predominante del servicio hospitalario y, consecuentemente, el peligro de que la práctica médica general y la Medicina preventiva y social caigan a un segundo plano».

La tuberculosis ha descendido, y, en general, las enfermedades infecciosas y los accidentes del trabajo. El aspecto general de Inglaterra es que goza de un buen nivel promedio de salud. La expectativa de vida en el nacimiento es una de las más altas del mundo: para el hombre, 67,1 años, y para la mujer, 72,4 años.

Problema de la polución del aire.

Entre los proyectos de investigación higiénica, tal vez el más importante e ingente sería eliminar la llamada «air pollution» o contaminación del aire con los humos industriales y los productos de combustión de los automotores y vehículos de transporte. El clásico aspecto de Londres, con su niebla o «fog», se debe en buena parte al humo («smoke») que envuelve la ciudad. De allí que la niebla se ha denominado últimamente con una com-

binación de ambos términos «smog». Se ha calculado que existen millares de toneladas de estos humos —entre los cuales hay substancias experimentales cancerígenas— sobre el cielo de Londres, y también, aunque en menor medida, en ciudades industriales, como Manchester, Birmingham y otras.

¿Es adecuado el Servicio Nacional de Salud?

El Comité Guillebaud, creado en mayo de 1953 para aconsejar el mantenimiento de un servicio «adecuado» (en referencia al NHS), expone con buena dialéctica, en una de sus conclusiones, que en ausencia de un objetivo *standard* de adecuación, «la finalidad debe ser, como en el campo de educación, proveer el mejor servicio posible dentro de la limitación de los recursos con que se cuenta». En cuanto a diversos proyectos de reorganización del NHS, afirma de una manera general el Comité Guillebaud («Report of the COMMITTEE of Enquiry into the Cost of the National Health Service», enero 1956), que es prematuro, en el momento actual, proponer algún cambio fundamental en la estructura del NHS. Lo que más se necesita es la perspectiva de un período de estabilización. «Algunos de los problemas del NHS se pueden atribuir a las dificultades experimentadas por muchos que han vivido bajo el viejo sistema. Una mayor experiencia y la emergencia gradual de una nueva generación puede hacer comparativamente simples muchas cosas que ahora parecen difíciles e impracticables.»

El mencionado Comité Guillebaud, nombrado por el Ministro de Salud y el Secretario de Estado para Escocia, y compuesto por C. W. Guillebaud (Chairman), J. W. Cook, B. A. Godwin, J. Maude y G. Vickers, afirma que la necesidad más urgente para

el Servicio Nacional de Salud es la unificación de sus tres ramas de atención médica: los «G. P.» o médicos generales, los especialistas y los médicos funcionarios de Salud Pública. Esta es la debilidad más grave del NHS: el estar dividido en tres partes, operado por tres cuerpos diferentes que no tienen conexión orgánica y, por último, estar financiado por tres métodos diferentes (que, en realidad, pueden reducirse a dos).

Ya, anteriormente, el Secretario de la «British Medical Association», el doctor Stephen Hadfield expresó en un informe: «Mi impresión predominante es la falta de unidad en el NHS y una falta de unidad en la profesión médica.» El médico general, el consultor y el funcionario de Salud Pública se conocen poco y no han aprendido a trabajar en concierto. En general, los consultantes saben poco de los problemas y dificultades del G. P., y éste mira con sospechas la labor del médico de Salud Pública. Dice, por último, este destacado dirigente de la Asociación representativa del gremio médico británico que el NHS está gimiendo por una administración unificada. («The NHS is crying out for a unified administration».) A esta tendencia, que se ha aprobado en principio, se ha argüido, sin embargo, que dicha unificación de los Servicios habrá de hacerse sin privar a las autoridades locales de su función de asistencia médica domiciliaria, a riesgo de causar un desconcierto aun mayor.

Para terminar su Informe, el Comité Guillebaud afirma con buenas razones que siendo el NHS un servicio estatal, su presupuesto deberá adecuarse a las otras necesidades nacionales, y, por último, expresa que «es ilusorio imaginar que todo lo que pueda ser deseable para el mejoramiento del NHS pueda ser alcanzado en un instante». Uno de los objetivos de utili-

dad inmediata y de innegable necesidad es la creación de un Departamento de Investigación y Estadística, que estaría encargado de recoger toda información numérica deseable y funcionaría como el «servicio de inteligencia» del NHS en materia sanitaria.

Comentarios sobre el funcionamiento del Servicio Nacional de Salud.

El Servicio Nacional de Salud, de Inglaterra, es un producto de evolución de las especiales circunstancias económico-socio-políticas que ha vivido Inglaterra en los últimos años. Constituye una formidable experiencia de la sociología occidental: la salud nacionalizada y en servicio de una mayor productividad, de un mejor nivel de vida dentro de las condiciones difíciles que atraviesan históricamente las Islas Británicas. Pese a todo, el resultado general del NHS es bueno, y parece que en el futuro se avanzará aún más.

La profesión médica está íntegramente funcionarizada, y dadas las altas virtudes cívicas y de servicio público del médico inglés, resulta una nueva carga de responsabilidades y, por tanto, de merecimientos. Como es sabido, el problema de las relaciones entre las instituciones de Seguridad Social y el Cuerpo Médico «se circunscribe, por una parte, a la defensa de los intereses de una economía más amplia constituida por los recursos de las instituciones de Seguridad Social financiadas por los ciudadanos, por otra parte», y, en general, de la economía del país. (Párrafo del profesor Giuseppe Petrilli, «Análisis de Europa, Asia y Oceanía», en el volumen de la XI Asamblea General de la A.I.S.S., París, septiembre de 1953.) Es, pues, en este sentido que los médicos ingleses han entrado a colaborar con el NHS por el bienestar de Inglaterra, teniendo un claro concepto de su responsabilidad, honor y

decoro. Nos parece que esto es una muestra más de la «austeridad» tradicional contemporánea.

En cuanto a las críticas que la Asociación Médica Mundial hace al sistema inglés, que se reducen a lo siguiente: «un sobreconsumo por parte del asegurado, un exceso de trabajo para los médicos, una invasión de todos los hospitales y una ascensión vertical de los presupuestos», ha de decirse que todos estos hechos están llegando a una estabilización. El fenómeno del «rush on the NHS» o invasión de las nuevas facilidades asistenciales, ahora prácticamente gratuitas y antaño sumamente onerosas, está definitivamente en regresión. Los propios funcionarios y el personal médico del Servicio miran sus «vacíos», confusiones e interferencias con criterio objetivo, lo cual es garantía de que se superarán las dificultades. Por nuestra parte, en contra del pretendido abatimiento del nivel profesional, hemos visto uno de los más perfeccionados e inteligentes esfuerzos científicos en la rama de investigación médica, el que, naturalmente, irradia desde las Universidades y Escuelas de Medicina.

De los cuatro requisitos de la Carta Médica Universal, libertad de elección del médico, libertad de prescripción, secreto médico y trato directo con el enfermo para el arreglo de honorarios, se cumplen en Inglaterra los tres primeros. El último no se cumple porque el Estado ha entrado a tutelar y supervisar la actividad sanitaria en beneficio de la nación. Existe respeto por el secreto médico, salvo el acceso de los funcionarios estadígrafos a los ficheros centrales, sin código. En compensación al hecho que en los primeros años el trabajo médico es recargado para los profesionales con una lista completa de personas a su cargo, como ya se ha dicho, existe un excelente sistema de seguridad gremial «Superannuation

Scheme») de pensiones por invalidez, retiro y muerte. El sueldo del médico inglés le permite vivir holgadamente, y su retiro es suficiente, lo que no sucede con el sistema liberal de la Seguridad Social en Francia, ni con el sistema de adscripción de España, que es un régimen intermedio. Por ello, puede decirse que el Seguro social británico no ha cometido el gran error de instituciones similares de otros países de pagar al médico sueldos insuficientes, error que han recomendado suprimir los propios organismos internacionales como la A.I.S.S.

Una característica esencial del NHS, de Inglaterra, es que no solamente funciona como una entidad de Seguro Obligatorio de Enfermedad y Maternidad, sino también como un despacho de Salud Pública y Asistencia Social. Además de la gratitud directa de las prestaciones estrictamente sanitarias, farmacéuticas y los servicios oftálmicos suplementarios, hemos de apuntar el hecho destacadísimo de haber asumido la enorme carga de la salud mental de la población —aproximadamente, la mitad de camas en los hospitales—, que solamente un Seguro estatizado puede soportar. Por tanto, existe casi un Seguro contra enfermedades mentales. Por último, es notoria y estimulante la colaboración de las duplicidades del NHS con las Escuelas de Medicina, ya que los hospitales docentes reciben apoyo económico substancial del Servicio. Este hecho es innecesario ponderar, ya que es de todos conocida la trascendencia de tal colaboración.

A pesar del alto nivel de instrucción general que existe en Inglaterra, creemos que hace falta una labor permanente de divulgación sanitaria y de enseñanza sobre la suma de derechos a ejercer y obligaciones que toca cumplir a los pacientes si desean obtener el máximo de beneficios en la atención

que ofrece el Servicio Nacional de Salud. Si los pacientes sólo se acuerdan de sus derechos, se convertirán en esos individuos querellantes, verdaderas personalidades anormales que traban la buena marcha de estos servicios. Si no tienen un buen equilibrio en su formación crítica, acudirán, inclusive, a fraudes, o exigirán que los médicos se conviertan tan sólo en «disposal agents» o agentes dispensadores de recetas y certificados.

El Servicio Nacional, de Inglaterra, tiene ocho años de existencia y, por lo mismo, su experiencia está aún en etapa de consolidación. Puede imaginarse que cuando cumpla veinte años de funcionamiento habrá adquirido la estabilización que él mismo anhela. Los mayores perfeccionamientos se buscarán seguramente en una coordinación orgánica y un abaratamiento de costos. En este sentido cabría preguntarse si la «superrevolución industrial», comenzada en Coventry con la automatización de la industria mediante el uso de cerebros electrónicos, podría aplicarse al mecanismo administrativo inferior del Servicio, para alcanzar un grado de rapidez, economía y adecuación exacta, que estaría lejos de conseguirse por otros medios.»

PEDRO CANO DÍAZ: *Contribución... a la teoría del Seguro de Enfermedad.*
REVISTA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD,
número 31.—Octubre 1956.

COMPRENSIÓN DE LA REALIDAD EN QUE
CONSISTE EL SEGURO DE ENFERMEDAD

I

En este trabajo hace el doctor Cano Díaz un examen de cómo debe entenderse el servicio del médico al Seguro de Enfermedad, los problemas que crea en el Cuerpo Médico y las fórmu-

las existentes para compaginar éstos. Comienza afirmando que: «Dedicado vocacionalmente a la Medicina, he sido ganado —como hombre de mi tiempo— para el quehacer de una de las más trascendentales empresas médicas de cualquier época: el Seguro de Enfermedad. Y no otra cosa constituye este trabajo sino el propósito, más o menos conseguido, de dar expresión escrita a mis amorosas, a mis entusiastas reflexiones acerca del presente y futuro del Seguro de Enfermedad, en cuyos problemas he querido ver un asunto de los problemas del hombre, de los de la Medicina y los de España.

Como considero que gran parte de las desacertadas críticas, que la mayoría de las desafortunadas actuaciones responden a un no saber qué es el Seguro de Enfermedad, he hecho de ello mi problema fundamental y he pretendido determinar, de una manera clara y evidente, lo que es y lo que debe ser este discutido, este apasionante Seguro de Enfermedad, cuya profunda razón de existir reside en su auténtico carácter de realidad histórica. No va a constituir la serie de artículos que hoy se inicia una apología, pues está en clara pugna con mi radical modo de ser la actitud meramente apologética. No existe razón de ningún tipo, ni teórica ni práctica, para seguir tratando de encomiar la realidad histórica y social que constituye el Seguro de Enfermedad, sino que nuestra dedicación, ya sea reflexiva, ya de carácter práctico, debe tener como exclusiva meta el contribuir a su marcha perfecta, en armónico acuerdo con las necesidades de la sociedad, a la que sirve, y con la progresiva evolución de la Medicina, de cuya realidad se nutre.

II

Un estudio sociológico de la población española nos llevaría a distinguir, desde el punto de vista de la asistencia

en la enfermedad, tres grupos claramente definidos: uno, integrado por las personas de nulas posibilidades económicas y asistido por las organizaciones de Beneficencia; otro, el de los pudientes, asistido libremente —en hipótesis— por los médicos en ejercicio, y el tercero, en el que están incluidos quienes disfrutando de una economía deficiente, antes era insuficiente su asistencia, y en la actualidad están integrados en el Seguro de Enfermedad.

Algo verdaderamente notable tenía que haber ocurrido para que el Estado, en nombre de la sociedad, se decidiese a organizar la asistencia médica de ese amplio sector medio de la población española. No era otra cosa sino la plena convicción de prestar fidelidad a profundas razones históricas. En primer término, existe una cada vez más clara y general convicción de que la persona humana, en cuanto se halla formando parte de una sociedad, tiene un indiscutible derecho a recibir en su enfermedad la asistencia médica adecuada, debiéndose considerar hoy como acto de justicia lo que antes constituyera un acto de caridad. Por otro lado, supuesto que la enfermedad individual posee evidente repercusión en el medio social, ha podido determinarse la cuantía económica en que se cifra la disminución del rendimiento laboral consecutiva a la enfermedad, disminución de la que concatenadamente se hace eco toda la sociedad. Razones ambas que, cada una por su propio camino, han dado lugar a una misma realidad; así, en unos países se ha llegado al Seguro de Enfermedad en virtud de una permanente reivindicación de las clases trabajadoras, mientras que en otros —los más conscientes— se ha concedido espontáneamente por el Estado, obteniéndose un múltiple beneficio, pues los trabajadores no sienten el agobio que siempre supuso

la enfermedad, y al ser curados prontamente, también es temprana su reincorporación al trabajo, beneficiándose con ello, en primer lugar, el propio obrero y los que con él conviven, después la Empresa y, en definitiva, la sociedad entera.

Y precisamente por este beneficio que sobre la totalidad social se vierte es por lo que se pone de manifiesto la obligación de la sociedad, a través del Estado, de contribuir a sufragar los gastos del Seguro de Enfermedad.

III

No puede desconocerse que la implantación del Seguro de Enfermedad constituyó un impacto en la profesión médica. Ya llegará el día en el que consideremos este problema. De momento, quiero afirmar que los médicos olvidamos con harta frecuencia el carácter de medio que nuestra profesión tiene; olvidamos que —por muy noble y excelsa que nuestra misión sea— el médico es el medio de que la sociedad se vale para prevenir o curar la enfermedad, en cuanto es problema individual de los miembros que la integran y en tanto es problema de la colectividad, pero no de otro modo, sino de acuerdo con el saber y el quehacer médicos de nuestra época y conforme a la manera cómo la sociedad, a la que servimos, precisa de nuestra dedicación profesional. En definitiva, la nuestra, como cualquier otra profesión, no tiene razón de ser si no es en función de la sociedad, si no es como expresión permanente del servicio a la colectividad.

Por ello, es un error pretender moldear las estructuras sociales de acuerdo con las necesidades o los intereses de una determinada clase profesional, y constituye una injustificada actitud —ya, por fortuna, poco compartida— la de permanente crítica negativa frec-

te a una institución social por el mero hecho de no habernos permitido configurarla de acuerdo con nuestros gustos y nuestros intereses, y no conforme con las necesidades de la sociedad, en cuyo beneficio existe. Y, por ello, no deja de ser brutal la afirmación de que «estamos ya en el momento de conseguir... que del mismo modo que el enfermo particular es nuestro, el enfermo colectivo (tomando equivocadamente por colectivo el enfermo del Seguro de Enfermedad) pertenece a nuestra colectividad profesional, a nuestra Corporación», como si no fuéramos nosotros, los médicos, quienes pertenecemos a los enfermos, misible nuestra profesión.

IV

El Seguro de Enfermedad es un Seguro social que tiene como fin fundamental la asistencia médica en la enfermedad a los asegurados y beneficiarios a quienes legalmente se les ha reconocido tal condición. De propio intento prescindo de hacer referencia detallada a la asistencia médica en la maternidad y a las prestaciones económicas, pues creo ha de ser suficiente fundamento para la exposición de mis ideas el recuerdo del carácter legal y la finalidad asistencial que se dan en la realidad constitutiva del Seguro de Enfermedad. En última instancia, lo legal y lo asistencial determina la doble limitación a establecer en el Seguro de Enfermedad, y mientras los límites legales son solamente modificables por el legislador, el compás de las posibilidades económicas y de las necesidades sociales, los límites asistenciales tan sólo son susceptibles de modificación, a la par que evolucionan el saber y el hacer en que la Medicina consiste, y a cuya progresiva marcha contribuimos como médicos.

Debe, pues, el médico hacer de la

vertiente asistencial del Seguro de Enfermedad su problema operatorio. Ahora bien, si dijimos antes que el fin máximo es la asistencia médica a los asegurados y beneficiarios, no puede afirmarse que se trate de una asistencia colectiva, sino de uno a uno, individualmente, en cuanto son portadores de su personal e intransferible enfermedad, lo que no contradice que ésta, por muy personal que sea, siempre tiene una trascendencia social. Por consiguiente, me veo precisado a llegar a la afirmación rotunda de que la Medicina asistencial del Seguro de Enfermedad no es, ni debe ser, la Medicina social, afirmación esta que ya tendremos ocasión de fundamentar en el curso de esta serie de artículos.

Pero esa asistencia médica no ha de ser una asistencia cualquiera, la que cada médico quiera, de acuerdo «con sus más íntimas convicciones», sino la que debe ser, la que corresponde al momento histórico que vivimos, la que se deriva del estado actual del saber y quehacer domésticos, y, además, una asistencia organizada, condición indispensable para que sea la que debe. Y he aquí cómo al sentar las bases teóricas de la Medicina asistencial del Seguro de Enfermedad, no podemos dejar de considerar el saber y el hacer en los que consiste la Medicina de nuestro presente histórico.

EL SABER MÉDICO DE NUESTRO TIEMPO. LA PATOLOGÍA ACTUAL

I

La Medicina es la ciencia y arte de ayudar al hombre enfermo a curar su enfermedad y reintegrarse al estado de salud, a la que en nuestra época se le da una significación positiva, suponiendo en el hombre que la goza un hacer en beneficio de la sociedad.

Constituye, pues, la nota esencial de

la Medicina ese ayudar a la curación. Pero esa curación se realiza siempre desde un poder, que o es vital, el que posee el curandero, o taumatúrgico, mediante el que cura el santo, o fruto de un saber, el que tiene el médico, el único que cura sabiendo lo que cura. En definitiva, es este saber lo que distingue al médico y lo que da carácter científico a la Medicina. Si bien ésta es un arte —en cuanto es quehacer—, de ese hacer artístico participa también el curandero, que nunca «hace sabiendo» o, por lo menos, «sabiendo científicamente».

Si, pues, la Medicina se propone curar la enfermedad, nuestro saber tendrá como fin el dislucir qué cosa es la enfermedad. Mas la enfermedad no es algo que tenga realidad por sí misma, sino que se realiza en un hombre, que es quien la padece, y cuyo conocimiento no es indispensable para curarle, ya que, en definitiva, lo que curamos no es la enfermedad, sino al hombre enfermo.

Necesitamos, por consiguiente, para determinar cuál haya de ser nuestro quehacer —Medicina—, considerar el contenido del saber acerca de la enfermedad y del hombre enfermo, el contenido de la patología.

II

Una de las características de nuestra época es el retorno a la concepción cristiana del hombre como ser personal, concepción admitida por el sector más realmente válido del pensamiento actual.

De vuelta ya del dualismo impuesto por Descartes —y aun antes por Averroes—, se ha llegado a la conclusión de que el hombre es una unidad psico-biológica tan compleja que resulta extraordinariamente difícil la armónica contemplación de elementos tan contrapuestos como lo corporal y lo es-

piritual, lo personal y lo colectivo que integran aquella unitaria totalidad. Consecuencia de dicha dificultad es la necesaria consideración de los dos estratos ónticos del hombre: el biológico y el personal. El hombre es «naturaleza» y es persona, pero no es un sentido aditivo, sino integrativo.

El error de la patología occidental ha sido atenerse tan sólo a esa faceta natural, siguiendo el modelo griego. Error del que estamos en trance de salir luego de la obra creadora de Freud, quien, pretendiendo hacer ciencia natural, posibilitó el retorno a la consideración del hombre, afirmación profunda del cristianismo.

Pero el ser personal en que el hombre consiste lo es de doble manera, en virtud de un también doble movimiento: de interiorización y de transición; es decir, yo soy persona, en cuanto soy yo, y lo soy, en cuanto estoy en relación con lo que fuera de mí hay. Merced a la interiorización, yo me pertenezco y soy consciente de mis propios límites; me autodetermino a consecuencia de mi libertad, y, por tanto, soy responsable, y, por último, me configuro, me «cuasi creo» a mí mismo. Gracias a la transición, la persona humana está en relación con el mundo, con las otras personas que integran con el yo la comunidad y, en un sentido trascendente, con Dios. En resumen, «el hombre —como ha dicho Zubiri— es el ser que no puede tener Dios sin tener historia».

III

De dos maneras cardinales ha sido considerada la enfermedad en el curso de la Historia: al modo hipocrático, como al enfermar, al padecer de un hombre y al modo sydenhamiano, como «especie morbosa», como un fenómeno de la Naturaleza. Pero ese padecer, ese no estar bien, ese males-

tar constitutivo de la enfermedad ha podido ser interpretado, en cuanto es padecimiento de un hombre, como un pecado —consciente o inconsciente—, como una alteración de la «physis» —de la Naturaleza— o como un acontecer biográfico.

No podemos prescindir, a la altura del saber de nuestro tiempo, de la consideración biográfica del padecer del hombre enfermo. La enfermedad que se objetiva en la biología del hombre, se subjetiva en la personalidad del enfermo. Si hemos de buscar la manifestación clínica en la «physis» así en su vertiente somática como en la psíquica—, encontramos el padecer en la realidad personal del enfermo.

IV

Si bien es cierto que la Verdad es una, no lo es menos que el hombre tan sólo ha conseguido, por su propio esfuerzo, parciales hallazgos de la Verdad. Y si bien la Medicina es una, desde que el hombre es hombre no ha dejado de intentar dar solución definitiva al problema de la enfermedad, sin que lo haya conseguido de una manera plenaria. Y mientras en algún momento histórico ha habido un saber médico de universal validez, en la época crítica en la que transcurre nuestra existencia se dan cita distintas concepciones que, sin dejar de reconocer sus diferencias antieconómicas, tienden a integrarse en una única realidad.

Aun sigue pensándose en el hombre como partecilla de la Naturaleza, como pura biología, con sus dos componentes, alma y cuerpo, netamente separados. Fruto de esa concepción ha sido, y es, la Medicina científico-natural, de cuya eficacia, de cuya permanente vigencia no cabe hablar, pero cuya insuficiencia tampoco podemos silenciar.

La superación del dualismo cartesiano, el «descubrimiento» de la Vida en

la Filosofía, condujo a pensar que en todo mecanismo patológico, por muy localizada que fuese su manifestación, intervenía la unidad psicofísica del hombre. Totalización, unificación, que se ha llevado a cabo, a partir de la Neurología, cual ha acaecido en las concepciones de von Monakow, Goldstein y Speransky, o a partir del resto de la porción somática del hombre, tal cual lo conciben la «Patología de la permeabilidad», de Eppinger; la «Teoría de stress», de Selye, y la «Teoría de la disreacción», de Jiménez Díaz.

Pero un saber médico que considere al hombre enfermo como una unidad psicofísica tan sólo, es insuficiente, por cuanto no tiene en cuenta la realidad personal del paciente.

Ha sido el redescubrimiento de la concepción del hombre como persona lo que hace posible una Medicina de la verdadera totalidad, esa misma totalidad en la que se integran lo que de Naturaleza y de Historia tiene el ser humano.

En la persona humana se da —como ya dijimos— una doble vertiente: íntima, aprehensora del propio yo, cuyo estudio constituye el fundamental objeto y la razón de ser de la patología psicosomática, la cual considera la vida personal del paciente y su estrecha relación con las manifestaciones patológicas; y otra vertiente social, mediante la cual se comprende la vinculación de todos los hombres integrantes de la sociedad, y que ha sido y es fundamento de la existencia de una Medicina social, en cuanto la enfermedad es, no ya un problema personal, individual, sino que constituye también un problema colectivo.

V

En el saber médico de nuestro tiempo, en la patología actual, pueden ser señaladas dos corrientes por igual ne-

cesarias. La primera de ellas, de carácter dispersivo, es analítica, de minucioso estudio de la enfermedad humana en sus diferentes aspectos: biológico o científico-natural, vitalista, psicósomático y social. Y la segunda, de carácter integrativo, es de labor de síntesis, gracias a la cual se trata de armonizar, de reducir a la unidad las diferentes concepciones médicas, que no deben salir del hombre, sino que han de conducir a él, por cuanto es el sujeto de la enfermedad.

Ahora bien, comprendida la constitución del saber médico de nuestro tiempo, siquiera haya sido de la manera esquemática a que nos obliga la índole de esta Revista, hemos de formularnos la siguiente pregunta: ¿Cómo es, cómo debe ser el quehacer médico de nuestra época, aquel que debe realizarse en el Seguro de Enfermedad, para que éste, así como los médicos que le sirven, cumplan con entera fidelidad sus fines específicos de dar asistencia médica, de curar la enfermedad de cada uno de los beneficiarios enfermos?

Dr. ALEJANDRO GASCARUIZ: *Valoración de la incapacidad para el trabajo en las cardiopatías.*—SEGURIDAD SOCIAL.—Enero-febrero 1956.

Este estudio, de sugestivo tema, es original del autor reseñado, que, además de ser titular del Seguro de Enfermedad español, es médico puericultor de A.P.D. y de la Marina civil.

Por su particular contenido, recogemos del mismo los puntos siguientes:

Las enfermedades cardíacas podemos dividir las en dos grandes grupos: congénitas y adquiridas; las primeras brotan, por regla general, con el inicio de la vida; gran número apenas dan manifestaciones de la alteración cardíaca

hasta la adolescencia; otras, por el contrario, tienen escasa supervivencia. Este conjunto de afecciones, comparado con el segundo grupo, tiene poca importancia, dado el volumen de procesos cardíacos adquiridos. Entre las enfermedades que más comúnmente dan lugar a lesiones del corazón tenemos: reumatismo cardioarticular, sífilis, hipertensión, arteriosclerosis de las coronarias, hipertiroidismo y, por último, cardiopatías en relación con el metabolismo.

No vamos a reseñar cada una de ellas, ni hacer un estudio exhaustivo de la evaluación; ello nos llevaría demasiado lejos, y, para evitarlo, haremos dos clasificaciones, una funcional y otra que pudiéramos llamar terapéutica-laboral, en la que se podrán incluir todas las cardiopatías, ayudándonos valiosamente a la evaluación.

El Comité de crítica de la American Heart Association recomienda la siguiente división de las cardiopatías orgánicas, que ha sido adoptada por todos los países anglosajones:

1. Enfermos con trastornos cardíacos, pero sin limitación de la actividad física. Un trabajo ordinario no les causa palpitaciones, disnea ni dolor anginoso (molestias subjetivas).

2. Enfermos con alteraciones cardíacas y con ligeras o moderada limitación en sus actividades físicas. Ellos se encuentran bien en descanso, pero las actividades ordinarias le causan fatiga, palpitaciones y dolor anginoso.

3. Enfermos con trastornos cardíacos y con una marcada limitación de la actividad física. Se trata de individuos que se encuentran perfectamente normales en descanso, pero una actividad inferior a la ordinaria les causa fatiga, dolor anginoso y palpitaciones.

4. Enfermos imposibilitados para la menor actividad física sin experimentar molestias. Los síntomas de la insuficiencia cardíaca se presentan incluso

en descanso, y si efectúan cualquier actividad, aumenta el desequilibrio.

De aquí que el trabajo de los enfermos cardíacos debemos de mantenerlo dentro de unos límites de tolerancia, cuando tengan que realizar cualquier labor del tipo que sea, para evitar las molestias subjetivas anteriormente indicadas.

Como complemento de este esquema, exponemos a continuación una clasificación terapéutica relacionada con las actividades a que puede someterse un individuo de acuerdo con su cardiopatía.

CLASIFICACIONES TERAPÉUTICAS

Clase A.—Enfermos con una afección cardíaca cuya actividad física ordinaria no necesitará ser restringida.

Aquí podríamos incluir aquellos que, con motivo de un reconocimiento médico, se les descubre una lesión valvular como único signo de la cardiopatía. Pueden dedicarse prácticamente a cualquier actividad laboral sin menoscabo de su dolencia.

Clase B.—Pacientes con enfermedad cardíaca cuya actividad física ordinaria no necesitará ser restringida, pero se les deberá aconsejar que no realicen esfuerzos severos. Se trata, en general, de lesiones valvulares en personas jóvenes que tienen una buena tolerancia para el ejercicio, una pequeña hipertrofia, acompañada de dilatación cardíaca y fibrilación auricular.

Clase C.—Pacientes con enfermedad cardíaca cuya actividad laboral ordinaria debería ser marcadamente restringida, así como los esfuerzos continuados ser alternados con otra menor actividad.

Clase D.—Pacientes con enfermedad cardíaca cuya actividad laboral ordinaria debería ser marcadamente restringida. Son enfermos con una hipertrofia cardíaca bastante considerable y con fibrilación auricular; existe congestión

pasiva, pero ésta desaparece con el tratamiento.

Estas dos clasificaciones intentan dar unas normas orientadoras que deben tener en cuenta todos los facultativos, sin que en modo alguno pretendan resolver todos los casos por ser la valuación un problema individual. Así, puede ocurrir que un médico, después de un cuidadoso reconocimiento, indique a su paciente que se encuentra completamente apto para el trabajo y posteriormente ser calificado de incapacidad por otro facultativo. Ello es debido a lo ancho de la banda de interpretaciones de los valores normales y a que no existe un límite fijo de separación entre la salud y la enfermedad. Todavía surgen más dificultades cuando relacionamos la incapacidad con diversos tipos de trabajo, ya que, por ejemplo, existen personas que tienen una pequeña elevación de la presión sanguínea y soplos istólicos en punta que se hallan comúnmente en ese límite de separación; si la labor que realiza esta clase de pacientes requiere un gran esfuerzo, será conveniente declarar su falta de capacidad, debido al riesgo que supone la lesión cardíaca.

A continuación hacemos un somero estudio de los factores que es preciso tener en cuenta, además de los reseñados en la valuación de las cardiopatías.

Edad.—Es frecuente observar, entre los adolescentes, después de un ataque reumático que ha dejado su correspondiente secuela cardíaca, que hacen una vida relativamente normal, sin tener molestias subjetivas ni objetivas al realizar cualquier labor. De aquí que enjuiciemos la capacidad de trabajo en relación con la edad, con un amplio criterio en las personas jóvenes, y seamos más prudentes respecto a los adultos. Esto puede aplicarse con exactitud a ciertas dolencias del corazón;

peño en el caso concreto de la insuficiencia mitral que ha sido adquirida en la edad madura, si el individuo realiza un trabajo sedentario puede continuar su vida sin ningún riesgo. No obstante, en los jóvenes se produce la descompensación cardíaca en un período de tiempo mucho más breve que en los adultos.

Sintomas.—Ya hemos hablado de los subjetivos; respecto a los objetivos, hay que graduar la dilatación e hipertrofia cardíaca, puesto que normalmente supone la alteración de uno de los signos, una considerable disminución de la fuerza de reserva cardíaca. Igualmente debemos de tener en cuenta la existencia de roces pericárdicos, soplos cardíacos, choque de la punta, zona de matidez, presión sanguínea, etcétera.

Pronóstico.—Los factores que, según Lewis, influyen en los pronósticos, son los siguientes, por orden de importancia:

- a) Estado circulatorio en reposo o en ejercicio.
- b) Tamaño del corazón.
- c) Existencia de lesiones sífilíticas de la aorta.
- d) Alteraciones del ritmo cardíaco como la fibrilación auricular. Hipertensión existente o no.
- e) Estado de las válvulas.

Evolución.—Todas las lesiones cardíacas en evolución dan lugar a incapacidad, así como todas las afecciones intercurrentes, tales como la neumonía, absceso pulmonar, etc., que suponen todas ellas una sobrecarga para el corazón.

Trabajo.—Es, por lo que hemos indicado en las clasificaciones, el dato más importante que tenemos para decidir sobre el estado de normalidad de un corazón. Podemos decir que todo enfermo que muestre una tolerancia normal para el ejercicio corporal no

padece una alteración miocárdica grave; son muy excepcionales los casos en que ocurre lo contrario. Cualquier labor, por pequeña que sea, exige un esfuerzo por parte de la víscera cardíaca que pone en juego su capacidad de reserva, y cuando se agota esta energía se produce disnea o bien un dolor anginoso en aquellos casos en que la irrigación del corazón sea insuficiente. Por ello serán aptos para el trabajo aquellos productores que, a pesar de su lesión cardíaca, muestren una tolerancia normal para el ejercicio; inclusive, parece ser que aquellos individuos que se dedican a trabajos sedentarios no afectan para nada a su dolencia cardíaca.

Se desprende de lo indicado que la valuación ha de basarse en el estudio de los síntomas que denuncian la alteración cardíaca, deducidos de una exploración detenida que nos permitirá valorar con ecuanimidad la lesión.

Surgen ciertas dificultades cuando un trabajador, víctima de una afección cardíaca, después de algún tiempo de permanecer en baja e incorporarse a su labor, sobre todo si ésta requiere un gran esfuerzo, se le recomienda un cambio en sus actividades, puesto que en caso contrario tendría que permanecer de baja, con los consiguientes perjuicios en orden a la pérdida de horas de trabajo. Para obviar estos inconvenientes debe de existir una mayor coordinación entre el Servicio Sanitario y la Dirección Técnica de las Empresas, con objeto de adaptar al individuo a un trabajo que esté en relación con su capacidad funcional.

Tratamiento.—La terapéutica cardíaca obtiene en muchos casos brillantes éxitos, incorporando a la producción enfermos que, de otro modo, hubieran permanecido de baja. Un gran porvenir nos espera con el tratamiento quirúrgico de las lesiones valvulares, ya que, incluso actualmente, si se sabe

elegir bien el caso, se puede asegurar la total recuperación del paciente.

Hacemos constar, una vez más, que la cuestión que exponemos no queda resuelta con la aplicación de estas

ideas generales; ellas nos servirán de orientación y las tendremos presentes en el estudio de cada caso, pero pensando siempre que se trata de un problema individual.

DE OTROS PAISES

LENORE A. EPSTEIN: *Recursos económicos de los huérfanos menores de dieciocho años*.—SOCIAL SECURITY BULLETIN.—Washington, agosto 1956.

El artículo siguiente ha sido publicado por la División de Investigación de la Administración de Seguridad Social, y refleja los distintos medios de ingresos que constituyen el sostenimiento de los menores huérfanos.

El descenso continuo de la mortalidad en los primeros años de la edad adulta ha producido una reducción substancial en el promedio de casos de orfandad y en el número relativo de mujeres que envían jóvenes. Se estima que, a pesar de los efectos de la guerra, los huérfanos de padre constituyen en la actualidad sólo algo más del 3 por 100 de la totalidad de los menores en edad inferior a los dieciocho años, en comparación con el 6 por 100 que se registraba en el año 1940. De los 7,5 millones de viudas existentes en los Estados Unidos, casi un 21 por 100 se halla comprendido en edades superiores a cincuenta y cuatro años, y menos del 10 por 100 de aquéllas tiene a su cargo un niño menor de dieciocho años.

En diciembre de 1955, según los cálculos más recientes referidos al territorio continental de los Estados Unidos, había menos de 60.000 huérfanos totales y 1,8 millones de niños huérfanos de padre. Algunos de éstos ha-

bían sido adoptados o tenían padre político como consecuencia de nuevo matrimonio de la madre. El análisis de las fuentes de ingresos es muy significativo en relación con el número total de niños huérfanos, debido a que el nuevo matrimonio de la madre o la adopción por un padrastro, abuelo o tío, ocurrida después del fallecimiento del padre, no afecta al derecho de los menores en edad inferior a dieciocho años a percibir las prestaciones de orfandad que conceden los regímenes de Seguro de Vejez y Supervivencia y de Retiro Ferroviario. Asimismo, los huérfanos de veteranos y de militares tienen derecho a compensación si el fallecimiento del causante hubiera ocurrido en acto de servicio, o a una pensión, dentro de ciertas limitaciones, si la muerte no estuviera en relación con el servicio.

A finales del año 1955, percibían los beneficios del Seguro de Vejez y Supervivencia 1,1 millones de niños en el territorio metropolitano norteamericano, que constituían casi las tres quintas partes del número total estimado de huérfanos de padre, en comparación con algo menos del 50 por 100 que correspondía a diciembre de 1953. Un 5 por 100 percibía las prestaciones del régimen de Retiro Ferroviario o de un programa de retiro de empleados públicos, y cerca del 15 por 100 recibía las prestaciones del programa de compensación a veteranos de

guerra o de un programa de pensiones.

Parece lógico suponer que los beneficios que concede el Seguro de Vejez y Supervivencia se abonan a casi todos los niños huérfanos de excombatientes de la Segunda Gran Guerra o de la guerra de Corea, en virtud de la enmienda especial introducida en 1946 a la Ley de Seguridad Social, o con arreglo a las enmiendas de 1950 y siguientes, que establecían créditos para el servicio militar. Si se admite este supuesto, y si existe la misma proposición en relación a los huérfanos de veteranos de la Primera Gran Guerra, como figura para la población en general, entonces, en diciembre de 1955, casi 1/9 de todos los huérfanos de padre percibirían los beneficios de los regímenes de Vejez y de Veteranos, y aproximadamente los dos tercios, en junto, recibían ingresos procedentes de uno o más de los programas de Seguro Social y servicios conexos.

En virtud del programa de ayuda por niños a cargo, en diciembre de 1955, los pagos comprendían a 180.000 niños en el territorio continental de los Estados Unidos, todos huérfanos de padre. Según los resultados provisionales de los más recientes estudios sobre las características de las familias que percibían la ayuda por niños dependientes en el último bienio, la proporción total de niños huérfanos de padre, necesitados, que tenían derecho a dicha ayuda, continuaba descendiendo de 23 por 100, a mediados de 1948, a 15,5 por 100, a finales de 1953, y a casi el 12 por 100 a principios de 1956.

Aunque la mayor parte de los niños huérfanos de padre viven en compañía de sus madres, un número considerable de éstas ha contraído nuevas nupcias. Se estima que en diciembre de 1955, casi 1.300.000 niños huérfanos de padre, menores de dieciocho años, vivían con madres viudas que no habían vuelto a casarse.

En lo que respecta a las viudas menores de sesenta y cinco años, el empleo constituye su fuente de ingresos más importante, aun para aquellas que tienen hijos a su cargo. De entre 690.000 de éstas, casi la mitad tenía ingresos procedentes de empleos a fines de 1955. Más de 1/6 de las 340.000 viudas con ingresos tenía derecho a las prestaciones del Seguro de Vejez y Supervivencia, si bien las prestaciones les eran retenidas a causa de estar empleadas.

Para las viudas con hijos, así como para los huérfanos de padre, la fuente de ingresos —ajena a remuneraciones por trabajo— más frecuente la constituyen las prestaciones del Seguro de Vejez y Supervivencia, que las perciben más de 2/5 partes de dichas categorías de personas. Siguen en importancia, como fuentes de ingresos, las prestaciones de los programas de compensación y pensiones para supervivientes de veteranos de guerra, pero el número de madres viudas que percibían estas prestaciones era inferior a 1/3, en relación con el número de las que percibían las prestaciones del Seguro de Vejez y Supervivencia; sin embargo, dichos programas tenían mayor importancia en cuanto se refiere a viudas sin hijos, pues constituía la fuente de ingresos para unas 300.000 personas.

Aunque la información de que se dispone no es completa, acerca de la medida en la que los beneficiarios del Seguro complementan sus prestaciones por medio de trabajos circunstanciales, parece probable que, a fines de 1955, casi todas las viudas con hijos a su cargo tenían algunos ingresos procedentes del empleo y una o más prestaciones de los programas públicos de subsidios en metálico. De las viudas sin hijos, a excepción de aquellas que recibían la asistencia general, 1/3 recibía de ingresos procedentes de tal

fuentes. Aun en el caso de que las viudas sin hijos, de sesenta y dos a sesenta y cuatro años, hubieran tenido derecho a las prestaciones del Seguro de Vejez y Supervivencia, como lo tendrán en virtud de las enmiendas introducidas en 1956 a la Ley de Seguridad Social, más de una cuarta parte de todas las viudas sin hijos con menos de sesenta y cinco años habrían carecido de ingresos por empleo o procedentes del Seguro Social y de los servicios conexos, a finales de 1955.

MORELLET, JEAN: *Los conflictos de trabajo y su solución*.—RASSEGNA DEL LAVORO, marzo (1956), 307-323.

El autor, Subdirector General del B.I.T., analiza en esta conferencia, celebrada en Venecia el 22 de marzo de 1956, las repercusiones internacionales de los conflictos laborales y, a continuación, estudia los siguientes puntos, que en parte traducimos y en parte resumimos:

Notas históricas

Los conflictos del trabajo son tan antiguos como el trabajo mismo. En el pasado, cuando la mano de obra, o sea los trabajadores, se agrupaban en pequeñas unidades, y cuando la actividad humana se realizaba sobre todo a través del artesanado, los conflictos de trabajo aparecían como conflictos de carácter estrictamente individual. Cuando, en el siglo XVIII, el viejo sistema corporativo se deshizo, por reacción contra las instituciones que caían, la Revolución Francesa proclamó un liberalismo integral, t a m b i é n en el campo profesional. El concepto del individuo libre y aislado fué desarrollado sucesivamente en los Códigos promulgados por Napoleón, mereciendo especial mención la regulación del Có-

digo penal sobre la coalición obrera, que fué calificada como delito. Ahora bien, como hasta fines del siglo XVIII predominaba todavía el régimen de la pequeña empresa, era natural que la cuestión de las relaciones del trabajador con el empresario se mantuviesen dentro de los cauces estrictamente individuales del derecho civil clásico.

Esta situación se transformó radicalmente a resultas de la revolución industrial. El nacimiento de la gran industria, la concentración de capitales y la división del trabajo rompieron el equilibrio propio de los tiempos pasados. Así, desde los primeros años del siglo XIX, el mundo civilizado se encontró con un problema que presentaba aspectos casi enteramente nuevos, para el que sólo se supo arbitrar un derecho puramente represivo. Fué preciso esperar muchos años para que el derecho del trabajo recogiese los postulados sociales y pasase a ser un derecho protector en vez de represivo.

Esta transformación se ha hecho sentir en los mismos países en los que se había adelantado la revolución industrial. En efecto, es en Inglaterra en la que se proclama, en 1824, la libertad para constituir Sindicatos, y esta idea se fué extendiendo por el mundo entero. En Francia, una Ley de 1864 suprimió el delito de coalición, y otra Ley de 1884 reconoció el derecho de asociación sindical. En diversos países se repitieron estos textos legales.

Aspectos sociales de los conflictos de trabajo

En nuestros días, los conflictos se presentan bajo dos formas: la huelga y el cierre (lock-out). La huelga es la cesación concertada del trabajo por parte de los trabajadores. El cierre supone la suspensión de las actividades del establecimiento por parte del empresario. Aunque económicamente los

dos fenómenos son simétricos, desde el punto de vista social son muy distintos. El cierre es siempre un fenómeno, por su naturaleza, excepcional. La huelga es, en cambio, una manifestación, si no normal, al menos relativamente frecuente. Uno y otra, desde el punto de vista económico, representan una pérdida que, si bien desde el punto de vista general de la economía nacional puede ser irrelevante, es desde el punto de vista del huelguista un episodio dramático que suele acompañarse de miserias o penurias que dejan luego hondo malestar social.

Naturalmente, el legislador tuvo siempre que preocuparse de regular los conflictos para que no resultasen juegos de fuerzas sociales ciegas.

Aspectos del derecho positivo actual

El derecho positivo, en este punto, varía de país a país. Por comodidad de exposición, se considerarán sucesivamente diversos sistemas legislativos, que se bautizan, un poco arbitrariamente, «derechos conservadores», «derechos liberales», «derechos evolutivos» y «derechos socialistas».

1. Derechos conservadores :

Se aplica esta expresión a los derechos que reprimen tales actos de fuerza más que los estimulan. Como ejemplos, hay que recordar que en Turquía el Código del Trabajo, de 1936, reprime la huelga y el cierre con normas penales, y que en Portugal se mantiene la misma prohibición en una Ley de 1934. Otras legislaciones limitan muy severamente el recurso a la huelga o al cierre. Es el caso de Irán, donde la Ley vigente de 1949 señala plazos, renovables, antes de que pueda producirse la cesación del trabajo. En otros, no es posible ninguna huelga sin la autorización expresa del Consejo de Administración del Sindicato interesado.

En Grecia, el recurso a la huelga y al cierre está estrechamente limitado por la Ley, que impone larguísimo reenvíos, que van de cuarenta y cinco a sesenta y cinco días, después que ya se ha constatado la imposibilidad de un recurso directo. Además, cualquier decisión sobre huelga debe ser ratificada por una Asamblea general del Sindicato interesado, regularmente convocada en las cuarenta y ocho horas, y ha de dar lugar a un voto escrito.

En Japón, aunque de un modo más liberal que en el pasado, la huelga está estrechamente regulada.

En fin, en todos estos países hay muchos casos en los que cabe vetar una huelga; por ejemplo, para los servicios de seguridad, en las Empresas públicas o de pública utilidad, etc. Esta última fórmula se aplica en Japón a los ferrocarriles y a los monopolios del Estado. En Grecia, la huelga está prohibida a los funcionarios, bajo pena de arresto.

Lógicamente, la prohibición o la restricción de la huelga debería suponer la institución de un arbitraje obligatorio. Esta es la solución adoptada en Turquía, Portugal y, en cierta medida, en Grecia. En Japón y en el Irán ignoran el arbitraje obligatorio.

2. Derechos liberales :

Los derechos liberales representan en la práctica la mayor parte de las legislaciones. Con algunas variaciones, es este el régimen admitido más generalmente en Europa y en los Estados Unidos de América.

Los Estados Unidos constituyen el tipo más característico de la legislación liberal, obedeciendo en esto a una tradición nacional bien fundada. El derecho de huelga y el de cierre está admitido como Ley fundamental, y la autoridad de los Poderes públicos en los conflictos se reduce sistemáticamente al mínimo. En Gran Bretaña,

la huelga y el cierre son igualmente libres. En Italia y en Francia, la situación es muy semejante, y la misma Constitución prevé que el derecho de huelga se ejercite en el marco de las Leyes que lo regulan; pero en los dos países, las Leyes de aplicación anunciadas en la Constitución no están todavía formuladas.

La República federal alemana tiene una legislación todavía menos explícita que Francia e Italia, y si la constitución de ciertos «länder» prevé la huelga y el cierre, es sólo la jurisprudencia del Tribunal federal del trabajo la que confiere a estos hechos existencia jurídica en el plano federal. Huelga y cierre son libres en Bélgica, en Holanda, en Irlanda. Son igualmente libres en Suiza, donde el derecho de huelga deriva simplemente del derecho de asociación, garantizado por la Constitución federal.

Ahora bien, los principios liberales que dan base a las legislaciones recordadas están atemperados por evidentes restricciones. Así, en Estados Unidos existen, al amparo del principio ortodoxo de libertad, serias limitaciones. Ya en 1943, las circunstancias de la guerra habían llevado a prever la requisa de ciertas Empresas en caso de interrupción de trabajo. De otra parte, la famosa Ley Taft-Hartley ha dispuesto que el Presidente pueda suspender, por un período de dos a tres meses, una huelga o un cierre que ponga en peligro la sanidad pública o la seguridad nacional. En algunos Estados de la Unión, Leyes particulares permiten retrasar la huelga en los servicios públicos. Conviene, además, atender a que el derecho americano niega el derecho de huelga a los funcionarios de la Administración federal, comprendidos los empleados de las Empresas autónomas que pertenezcan al Estado.

En Gran Bretaña, las huelgas de

funcionarios pueden dar lugar a medidas disciplinarias. Los empleados de los grandes servicios de interés público (agua, electricidad, gas) se exponen a sanciones si cesan el trabajo en la forma que los juristas antiguos calificaban como «odioso». De otra parte, la Ley de 1920 sobre plenos poderes, sin hacer de la huelga una infracción, permite asegurar, en caso de necesidad, los servicios indispensables.

En Francia, el Consejo de Estado ha juzgado que el Estado puede, bajo el control de la jurisdicción administrativa, poner límites al derecho de huelga de los funcionarios, que se considera como amenaza grave. Con esta reserva, el derecho positivo francés admite el derecho de huelga en los servicios esenciales, y el Gobierno estaría impotente a estos respectos si la Ley de 1938 sobre la organización de la nación en tiempo de guerra, Ley que ha sido prorrogada, no le permitiese recurrir, en caso de necesidad, a la requisa. En Suiza, el Consejo federal puede obtener un resultado análogo sometiendo al servicio activo de naturaleza militar a los agentes de los servicios esenciales, tales como los empleados de ferrocarriles, electricidad, hospedaje, etc. En cuanto a los funcionarios propiamente dichos, su Estatuto, de 1927, prohíbe la huelga.

En cuanto a la intervención del Estado en la solución del conflicto, en los Estados Unidos, conciliación, arbitraje, mediación, son, ante todo, facultativos. La autoridad pública ha creado, sin embargo, un servicio federal de mediación y de conciliación que puede intervenir espontáneamente o a requerimiento de las partes para intentar la obtención de un acuerdo o para sugerir un juicio arbitral. Es interesante observar que ciertos Estados de la Unión han establecido un arbitraje obligatorio para los servicios de utilidad pública, pero la constituciona-

lidad de tal procedimiento aun está en cuestión.

• En Gran Bretaña, la autoridad pública se limita a ofrecer a las partes su mediación; pero en numerosos sectores de la economía, empresario y trabajador se han puesto de acuerdo para instituir sistemas de conciliación y de arbitraje que funcionan regularmente. En general, las decisiones arbitrales, no ejecutivas en términos jurídicos, son respetadas de hecho. Una Ley de 1951, relativa a las controversias de trabajo, prevé que los conflictos relativos al salario o a las condiciones de empleo pueden ser reguladas a través del arbitraje a petición de una sola de las dos partes.

En Francia, el derecho en materia de conflictos colectivos se había desarrollado rápidamente antes de la segunda guerra mundial. Una Ley, de 31 de diciembre de 1936, completada en 1938, había hecho obligatorios la conciliación y el arbitraje. Suspendida en 1939, no ha vuelto a ser puesta en vigor. Una Ley, de 31 de diciembre de 1946, sobre contratos colectivos de trabajo, ha estado privada de efectos porque, en la posguerra, la determinación de los salarios estaba reservada a la autoridad pública. Sustituída por la Ley de 11 de febrero de 1950, actualmente en vigor, ésta prevé la conciliación como obligatoria y el arbitraje como facultativo. En 1955, un Decreto ha establecido un procedimiento de simple mediación, que parece dar buenos resultados.

En la Alemania Occidental, una Ley de 1946 establece procedimientos de conciliación y arbitraje facultativos. En Bélgica, se utiliza frecuentemente la conciliación, pero al arbitraje es raro, y ninguna de ambas formas es obligatoria. En Irlanda y en los Países Bajos, el arbitraje es facultativo. En Suiza, los servicios de conciliación pueden dar

una sentencia arbitral sólo con el acuerdo previo de ambas partes.

3. Derechos evolutivos:

Algunos países, adoptando en materia de conflictos del trabajo legislaciones menos tradicionales que aquellas conservadoras y liberales, han dado vida a «derechos evolutivos» que no carecen de una cierta audacia.

Países nuevos, como Australia y Nueva Zelanda, han creado un sistema de derecho propio que somete los conflictos de trabajo a reglas precisas. En ambos países, la huelga y el cierre son ilegales o legales, según que exista o no una convención colectiva o una sentencia que ligue a las partes interesadas. La huelga, aun la legal, está generalmente subordinada a un voto secreto. Todo lo cual hace de la huelga una prueba excepcional.

En Méjico, el legislador ha establecido un sistema de derecho muy interesante que ha sido imitado por casi todos los países de América Central. La Constitución mejicana autoriza la huelga y el cierre, y el Código del Trabajo los regula en sus mínimos detalles. Según el Código, la huelga sólo es legal si presenta alguno de los fines que se enumeran restrictivamente en la Ley, si se ha decidido por mayoría, y en cuanto no comporte actos de violencia. La huelga deberá ser previamente anunciada (normalmente siete días antes), formulando por escrito las reivindicaciones que pretende apoyar, y debe ser precedida de un intento de conciliación. Si estas disposiciones no fueran respetadas, una «Comisión de conciliación» declara que el estado de huelga no existe; en este caso, los huelguistas tienen veinticuatro horas para retornar al trabajo; pasado este tiempo, el contrato de trabajo se rescinde. En cuanto al cierre, sólo es legal después que la Comisión de conciliación lo ha autorizado, y con el

motivo de que el exceso de producción impide mantener los precios a niveles remunerativos.

En los países nórdicos —Suecia, Dinamarca, Noruega y Finlandia—, el legislador ha dedicado a los conflictos de trabajo normas particulares inspiradas en principios análogos, cuando no comunes. El derecho escandinavo, como el derecho francés antes de la segunda guerra mundial, distingue dos tipos de conflictos laborales: los conflictos de derecho y los conflictos de intereses. Sólo estos últimos pueden provocar una huelga o un cierre reconocidos por la Ley. En los conflictos de intereses, huelga y cierre están regulados, y no pueden ser declarados sino después de un cierto período de tiempo (cuatro días en Noruega, dos semanas en Finlandia). En Noruega no puede darse ningún preaviso de huelga sin permiso del Comité ejecutivo de la Confederación de los Sindicatos.

En general, en todos los países citados, a no ser en Méjico, los funcionarios públicos, y también los empleados de Empresas de interés público, no tienen derecho a la huelga, o este derecho está muy limitado.

En los sistemas jurídicos que prevén y organizan el desarrollo de los conflictos del trabajo, es normal que la conciliación y el arbitraje sean objeto de una reglamentación formal.

Australia ha declarado obligatorios tanto la conciliación como el arbitraje. Según la Ley, son competentes en la materia un Tribunal de arbitraje y los Comisarios de conciliación. Los miembros del Tribunal Federal de Arbitraje son nombrados de por vida. También son remedios obligatorios el arbitraje y la conciliación en Nueva Zelanda. En los países nórdicos, la Ley distingue, según se ha dicho, entre los conflictos de derecho y los conflictos de intereses. En Dinamarca, la Corte de Arbitraje decide en materia

de conflictos de derecho en forma definitiva y sin apelación; los conflictos de intereses están sometidos a conciliación y, eventualmente, a un arbitraje obligatorio. En Finlandia, el arbitraje es obligatorio para los conflictos de derecho y no para los de intereses. Lo mismo sucede en Suecia. En Noruega, el Tribunal del Trabajo decide sobre los primeros, mientras que para los intereses la Ley ha previsto, en 1952, un sistema de arbitraje voluntario.

En Méjico, el régimen existente, que presenta algunos aspectos curiosos, considera la conciliación y el arbitraje como facultativos para los trabajadores, pero el empresario que rehusase aceptar o seguir el arbitraje, asumiría la ruptura del contrato de trabajo.

4. Derechos socialistas :

En la U.R.S.S., el cierre no se practica. En cuanto a la huelga, no existe ninguna disposición del derecho soviético que la prohíba o que la limite. El Gobierno anuncia que no se ha declarado ninguna huelga en su territorio.

Los Gobiernos de los otros países de democracia popular, tales Bulgaria, Hungría y Polonia declaran también que desconocen tanto el cierre como la huelga. En Yugoslavia, el Gobierno constata el mismo hecho.

Ahora bien, los conflictos de trabajo existen, y de ahí la regulación de los procedimientos de solución. En la U.R.S.S., las controversias que no se resuelven directamente pueden someterse a dos autoridades: de una parte, organismos de conciliación, de composición paritaria, funcionando sobre la escala de la Empresa, y sus decisiones pueden ser cambiadas por las Comisiones regionales o centrales; de otra parte, la autoridad judicial es competente para toda controversia que no haya sido examinada por un órgano de conciliación o para la que se haya anu-

lado la decisión de tal órgano. En Hungría existen en la Empresa Comisiones paritarias de arbitraje, contra cuyas decisiones cabe apelación delante de la Comisión de arbitraje regional, cuya sentencia resulta ejecutiva a los ocho días. En Polonia, los conflictos colectivos se resuelven, generalmente, por una decisión común del Ministerio y del Sindicato competente. En Yugoslavia, sólo excepcionalmente se recurre al arbitraje. Los conflictos que se produzcan entre la Empresa y el Consejo Sindical en materia de despidos se someterán a Consejo de árbitros. En materia de salarios, la decisión incumbe también a una Comisión de arbitraje, y sus decisiones son inapelables.

El artículo termina con unas consideraciones sobre «los conflictos de trabajo y la evolución del derecho», en las que resume las posiciones legales examinadas y a la vez, recuerda la recomendación sobre conciliación y arbitraje voluntario, de 1951 (6 de junio), de la O.I.T. La cuestión de los conflictos del trabajo, concluye Morrellet, presenta un interés internacional, y es en el plano general en el que recibirá en los próximos años su solución. Nadie podrá estudiarla seriamente si ignora hoy que interesa a toda la Humanidad.

SUE OSSMAN: *Efectos de la legislación del Seguro de Vejez y Supervivencia, del año 1954, sobre la Asistencia pública.*—SOCIAL SECURITY BULLETIN. — Washington, septiembre 1956.

El artículo mencionado aporta los últimos resultados conocidos acerca de la influencia que en la reducción de las asignaciones para los programas de Asistencia pública ha tenido la amplia-

ción del campo de aplicación del Seguro de Vejez y Supervivencia en los dos últimos años. Su contenido es como sigue:

Las disposiciones legislativas que modificaron la Ley de Seguridad Social con efectividad de 1 de septiembre del año 1954 incluían aumentos de las prestaciones que se pagaban a los beneficiarios del Seguro de Vejez y Supervivencia y dieron derecho a las prestaciones de viudedad y orfandad, por primera vez, a un nuevo grupo de personas que habían vivido a cargo del asegurado fallecido. Figuraban en este grupo los derechohabientes siguientes: padres, viuda e hijos del trabajador fallecido después del año 1939 y con anterioridad al 1 de septiembre de 1950, y que aunque a su fallecimiento no había cubierto el período total de carencia, contaba, por lo menos, con seis trimestres de imposiciones. La finalidad de dichas disposiciones era conceder a este grupo de personas las mismas ventajas que la enmienda de 1950 había concedido a los derechohabientes de trabajadores fallecidos después de septiembre de 1950 y que habían cubierto el período de carencia reglamentario. Uno de cada mil beneficiarios de la asistencia por vejez, y tres de cada mil familias que percibían la asistencia por hijos a su cargo en septiembre de 1954, figuraban posteriormente como beneficiarios del Seguro de Vejez y Supervivencia, como resultado de la enmienda sobre reconocimiento del derecho, aprobada en dicho año 1954. Para cada uno de los nuevos beneficiarios, las prestaciones suponían, generalmente, el por lo menos asignaciones por parte del programa de Asistencia pública y, en algunos casos, el suprimir totalmente esta asistencia por innecesaria.

Así, resultó más importante el efecto que produjo en la Asistencia pública

el otorgar las prestaciones del Seguro a este nuevo grupo de personas que el aumento que significaba en las prestaciones que ya venían percibiendo los beneficiarios de dicho Seguro. Muchos de los nuevos beneficiarios por viudedad u orfandad lo fueron teniendo en cuenta el cómputo de salarios satisfechos a los trabajadores fallecidos cuatro años antes de la entrada en vigor de la disposición legal que modificaba la Ley; esto dió lugar, en las oficinas de Asistencia, a la resolución de numerosos expedientes y consultas, a fin de llegar al conocimiento de la verdadera situación y circunstancias de casos diversos que de otro modo habrían quedado al margen de los beneficios de la nueva Ley. En muchos Estados, estas medidas fueron acompañadas del proceso normal de revisión del derecho a las prestaciones por Asistencia, no pudiéndose hacer el reajuste de éstas hasta recibirse todas las solicitudes de los posibles aspirantes al disfrute de las mismas.

Todos los Estados han presentado informes trimestrales a partir de octubre de 1954 hasta septiembre de 1955. Estos informes mostraban: el número de perceptores de prestaciones de Asistencia en septiembre de 1954 a los que se concedió el derecho a los beneficios del Seguro de Vejez y Supervivencia; el tipo de acción inicial seguida por las oficinas de la Asistencia al concederse un nuevo beneficio; la suma mensual de los beneficios, y el importe de los pagos por Asistencia anteriores a la concesión de los beneficios del Seguro. Estos informes se emitieron, sucesivamente, durante un año para asegurarse de que todos los expedientes en vigor en septiembre de 1954 habían sido revisados, con objeto de confirmar su derecho a las prestaciones correspondientes.

Mientras que las diligencias relativas a todos los pagos de Asistencia pública

afectados por los incrementos por prestaciones del Seguro habían quedado virtualmente terminadas para fines de 1954, sólo un tercio, aproximadamente, de los expedientes de los nuevos beneficiarios había sido examinado para dicha época; por esta razón, los datos suministrados sobre los efectos ejercidos en la Asistencia pública por las nuevas prestaciones concedidas por el Seguro fueron influenciados en gran medida por otras circunstancias. Ocurrió que muchos beneficiarios de la Asistencia, desconocedores de los nuevos derechos que habían adquirido, no solicitaron inmediatamente las prestaciones correspondientes; cuando las solicitaron, recibieron sumas que comprendían diversas mensualidades devengadas.

A continuación se ofrecen los datos relativos a los efectos producidos por las nuevas mejoras sobre la asistencia por vejez y por hijos a cargo. En cuanto a vejez, de más de 2,5 millones de beneficiarios de asistencia por vejez existentes en septiembre de 1954, 3,214 percibieron las prestaciones del Seguro de Vejez y Supervivencia durante los doce meses siguientes, con un importe total mensual de 110.000 dólares, y una prestación media de 34,22 dólares por persona. Las reducciones registradas en los pagos de asistencia por vejez importaron 90.400 dólares. De estos 3,214 beneficiarios, 1,849, que suponen el 57,5 por 100, continuaron recibiendo la asistencia, aunque los pagos de ésta sufrieron algunas reducciones. Sin embargo, en el 4,1 por 100 de los casos, los pagos del Seguro no significaron reducción alguna en los pagos de la Asistencia, debido a que muchos perceptores tenían necesidades que excedían notablemente de las asignaciones que les concedían los Estados por el concepto de asistencia, y otros experimentaron cambios en su situación, ocurridos al mismo tiempo que comenza-

ron a cobrar los beneficios del Seguro de Vejez y Supervivencia.

Por lo que se refiere a efectos sobre la ayuda por hijos a cargo, resulta que de unas 588.000 familias que percibían esta ayuda en septiembre de 1954, sólo 1.772 familias, o sea el 0,3 por 100, recibieron posteriormente los beneficios de orfandad del Seguro, en virtud de la enmienda de 1954 a la Ley básica de Seguridad Social. En septiembre de 1955, las sumas que percibían mensualmente estas familias ascendían a dólares 117.590, con un promedio por familia y mes de 66,36 dólares. Con este motivo, las reducciones registradas en los pagos de asistencia por hijos a cargo importaron, en el mismo período, 92.371 dólares. La proporción de casos liquidados fué mayor que en la asistencia por vejez. Los pagos de asistencia fueron suspendidos a casi una décima parte de las familias que obtuvieron el derecho a los beneficios de orfandad del Seguro, y un 52,3 por 100 de aquéllas sufrieron reducciones en los pagos de asistencia. Finalmente, en los casos restantes, los nuevos beneficios no afectaron a los pagos de asistencia por hijos a cargo.

U. S. Department of Labor: *La legislación de los diferentes Estados en 1955.*—INFORMACIONES SOCIALES.—Ginebra, 15 de junio de 1956.

El trabajo de referencia contiene un resumen de las disposiciones legislativas aprobadas en los diferentes Estados de la Unión durante el año 1955. Las Asambleas legislativas de los cuarenta y cinco Estados y tres territorios, reunidas en dicho año, muchas de ellas con motivo de su período bienal ordinario de sesiones, adoptaron diversas modificaciones sobre las disposiciones en vigor relativas a la Seguridad Social. Las cuestiones tratadas, que son

en gran parte de la competencia de los Estados, comprenden el Seguro de Desempleo, el Seguro de Enfermedad, la indemnización por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y la Asistencia pública, y se resumen del modo que se expresa a continuación:

Seguro de Desempleo

Cuarenta y tres Estados y los territorios de Alaska y Hawai modificaron sus Leyes sobre prestaciones de desempleo. Veinte Estados, cuyo régimen de Seguros sólo se aplicaba anteriormente a los empleadores que ocupaban seis o más trabajadores, u ocho o más trabajadores, lo ampliaron, con el fin de incluir a los empleadores que ocupan cuatro o más empleados. Otros cuatro Estados extendieron el campo de aplicación a empleadores todavía de menor importancia. A fines de 1955, quince Estados, Alaska y Hawai incluyeron en el régimen de Seguros a los empleadores con uno o más trabajadores. Cinco Estados, a los de dos o más, o tres o más, y veintiocho Estados, a los empleadores con cuatro trabajadores o más. Cuatro Estados ampliaron también el campo de aplicación a los empleados públicos y funcionarios, con el resultado de que, en la actualidad, catorce Estados y territorios disponen la aplicación obligatoria o facultativa del Seguro, por lo menos a algunos de los funcionarios de la Administración local y de los Estados.

Las prestaciones máximas fueron aumentadas en treinta Estados, así como en Alaska y Hawai. Este máximo (de incluir las indemnizaciones suplementarias por personas a cargo) es ahora de 45 dólares semanales en Alaska, 36 en Nueva York y Wisconsin, 30 y 35 dólares en veintisiete Estados y Hawai, y de 24 a 28 en diecinueve Estados. No obstante, a pesar de los aumentos en 1955, sólo en siete Estados

sigue siendo la tasa de prestación máxima de un 50 por 100 o más del promedio del salario. Illinois introdujo durante dicho año el pago de prestaciones por personas a cargo, en tanto que Arizona las suprimió. Nueve Estados y Alaska satisfacen actualmente dichas prestaciones suplementarias. Siete Estados aumentaron sus prestaciones mínimas y diez modificaron la fórmula de sus prestaciones. En siete Estados se aumentó la duración máxima de las mismas por períodos que varían entre dos y seis semanas. A fines de año dicho período era de treinta semanas en Pensilvania, de 28 en Utah, de veintiséis semanas en vinticuatro Estados y en Alaska, de 20 a 25 en dieciocho Estados y en Hawai, y de dieciséis a dieciocho semanas en otros cuatro Estados. Otras modificaciones introducidas en 1955 se refieren a los requisitos sobre ganancias o empleos anteriores (diecisiete Estados y Alaska), a prestaciones a personas parcialmente desempleadas (ocho Estados), a trabajadores disponibles en expectación de empleo (cuatro Estados) y a exclusiones y disposiciones relativas a cotizaciones.

En su informe económico de 1956, el Presidente declaró que es necesario hacer nuevos progresos en lo relativo al Seguro de Desempleo, encareciendo la necesidad de que las prestaciones fueran aumentadas.

Seguro de Enfermedad

Ningún nuevo Estado vino a agregarse a los cuatro (California, Nueva Jersey, Nueva York y Rhode Island) que en la actualidad satisfacen prestaciones en efectivo por pérdida de ganancias ocasionada por enfermedad, aunque en once Estados y en Hawai se presentaron proyectos de Ley con tal propósito. Los cuatro regímenes existentes fueron modificados en ciertos aspectos; especialmente, se introdujo un aumento de cinco dólares en

las prestaciones semanales máximas en todos los regímenes, excepto en el de Nueva York. Además, California permite ahora que un trabajador reciba, en prestaciones del Seguro e indemnización de su empleador por enfermedad, un importe total equivalente a todo su salario semanal (en lugar del 70 por 100); Rhode Island amplió su régimen, incluyendo en él a las Empresas que emplean uno o más trabajadores (en lugar de cuatro).

En su informe económico, el Presidente encareció la necesidad de que se establezca un régimen de Seguro de Enfermedad para los empleados de las Empresas privadas en el Distrito de Columbia, y también que los Estados presten atención al problema, hasta ahora descuidado, de la pérdida de ingresos por incapacidad temporal no ocasionada por el empleo. Declaró, además, que los progresos efectuados para asegurar contra el costo de la asistencia médica en caso de enfermedad grave o prolongada eran insuficientes y que debiera estimularse a los empleadores para que proporcionen a sus trabajadores Seguros de Enfermedad de mayor amplitud; también deberían ampliarse los regímenes de Seguro Voluntario, para que cubran las necesidades de consecuencias catastróficas y las personas no registradas en el Seguro por los métodos normales.

En su mensaje de 1956 al Congreso, sobre sanidad pública, el Presidente señaló que, aunque más de 100 millones de personas estaban incluidas en regímenes de Seguro de Enfermedad de una u otra clase, era preciso atender mejor las necesidades de las personas de edad, de los habitantes en zonas rurales, de los trabajadores independientes y de las personas que trabajan en pequeñas Empresas. También se necesita mayor protección contra los gastos ocasionados por las enfermedades largas y costosas. Se está estudian-

do la conveniencia de permitir a las sociedades que administran regímenes de Seguros de Enfermedad que reunan sus medios, con el fin de ofrecer mayores beneficios y de ampliar la protección en condiciones razonables en casos de necesidad especial. Si este método no resultara práctico, el Presidente pediría la promulgación de un régimen federal de reaseguro, con el fin de facilitar mayor protección contra el costo de la asistencia médica por medio de regímenes de Seguro Voluntario.

Indemnización por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales

Las Leyes relativas a la indemnización por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales fueron modificadas durante 1955 en cuarenta y dos Estados y en Alaska. Dieciséis Estados ampliaron el campo de aplicación de sus regímenes respectivos, en su mayoría incluyendo en dicho campo de aplicación a nuevas categorías de empleados públicos, y cuatro Estados a nuevas categorías de empleados privados. No obstante, seis Estados excluyeron de sus regímenes a ciertas categorías de trabajadores. Arizona, Maine, Nuevo Méjico, Carolina del Norte y Texas ampliaron sus listas de enfermedades profesionales indemnizables. Otras enmiendas modificaron la organización administrativa o los procedimientos de aplicación empleados para este género de indemnización.

Treinta y dos Estados, Alaska y Hawái, otorgaron prestaciones en efectivo más generosas mediante la elevación del porcentaje del salario pagadero, prolongando el período de pago o aumentando el tiempo total o el límite de la suma satisfecha. Veinticuatro Estados aumentaron sus prestaciones máximas por incapacidad temporal total; en la actualidad, dieciséis Estados,

Alaska y Hawái, pagan prestaciones máximas de 40 dólares por semana o más; veintitrés Estados, de 30 a 39 dólares, y nueve Estados, de menos de 30 dólares. El porcentaje máximo de los salarios, a los efectos del cómputo de las prestaciones en caso de lesión o de muerte, fué elevado en cinco Estados y en Hawái; este último territorio redujo su período de espera de cinco a dos días, previendo el pago retroactivo de ese período en el caso de una incapacidad que dure siete días. Cierta número de Estados mejoraron sus prestaciones médicas, por lo general, aumentando su importe o su duración. Michigan pasa a ser el trigésimo segundo Estado que concede prestaciones médicas ilimitadas. En diez Estados y en Hawái se aumentaron las prestaciones para gastos funerarios. Florida fué el cuadragésimo tercer Estado que estableció un fondo para la «segunda lesión», y Minnesota, Ohio, Utah y Hawái reforzaron sus disposiciones relativas a la readaptación de inválidos.

El Presidente, en su informe económico, encareció a los Estados la necesidad de que continuaran mejorando sus regímenes de indemnización por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Asistencia pública

Durante el año 1955 se promulgaron hasta cierto punto, en los Estados, menos Leyes sobre asistencia pública. Nevada fué el cuadragésimo octavo Estado que promulgó un régimen de asistencia por hijos a cargo, y Nebraska el cuadragésimo primer Estado que adoptó un régimen de asistencia a las personas total y permanentemente incapacitadas. Durante dicho año no se mantuvo la tendencia a la reducción de los requisitos de residencia para tener derecho a las prestaciones, manifestada en años anteriores. Diversos

Estados modificaron sus disposiciones relativas a los niños necesitados privados de ayuda por incapacidad del padre o de la madre; otros definieron con mayor claridad las obligaciones de los parientes, y varios Estados consideraron algunos problemas específicos en relación con la posesión de bienes como factor que afecta al derecho a recibir asistencia. En California, Delaware, Minnesota, Missouri, Ohio y Vermont se elevaron las prestaciones mensuales máximas en relación con uno o más tipos de asistencia. Otras enmiendas adoptadas se referían al financiamiento de la asistencia médica para las personas que reciben asistencia pública, a fianzas y redenciones, a la organización y administración, así como a las normas aplicables a instituciones y cuestiones conexas.

En su mensaje de 1956 sobre sanidad pública, el Presidente recomendó la elaboración de un programa por separado, con arreglo al cual el Gobierno federal contribuirá con una suma equivalente a los fondos empleados por los Gobiernos locales y de los Estados en la asistencia médica de las personas ancianas desprovistas de recursos y de personas total y permanentemente incapacitadas, así como de los hijos a cargo.

Dr. J. HADRICH: *Polémica en torno al Seguro de Enfermedad*.—SCHWEIZERISCHE KRANKENKASSEN - ZEITUNG, Órgano de las Cajas Suizas de Seguro de Enfermedad.—Número 13, julio 1956.

Alrededor del problema que plantea la oposición al Seguro de Enfermedad por parte de determinados sectores, el doctor Hadrich expone su opinión, que tiene el valor de ser la de quien ha actuado durante diez años en la Orga-

nización Médica Alemana, según informa la revista suiza citada, que recoge los párrafos que a continuación se transcriben:

«Nuestro periódico representa, como se deduce de su título, los intereses culturales y económicos de los médicos alemanes. Las clases de intereses que se representan son, naturalmente, distintas. Nosotros somos el lazo de unión necesario, y eso nos permite representar objetivamente esos intereses. Ello da idea, de antemano, de que se domina la materia.

Se pueden representar también los intereses que agrupan a los adversarios del Seguro Social y descuidar los de los que apoyan la gestión del Seguro Social en cualquiera de sus formas. El afán de revancha es algo que enmaraña la cuestión. Podemos observarlo en la zona occidental, donde no se presta atención a los imponderables. Los imponderables, sobre los que Bismark escribió con mucha claridad en sus «Pensamientos y Recuerdos», no recibirán atención de esta clase de personas. Bajo el término «imponderables» se ocultan también la desgana, el odio, la ambición, el despecho, las humillaciones y las afrentas. No debería olvidarse nunca que los imponderables pueden transformarse un día en ponderables; de los imponderables se derivan cargas que resultan muy desagradables, y especialmente cuando tales cargas se acumulan, no pueden soportarse en modo alguno. Deberíamos acostumbrarnos, en cuanto a las difíciles situaciones de la política exterior, a no ver en cada uno de los participantes en un pacto un enemigo al que hay que combatir por todos los medios. Y para que esto quede bien entendido, queremos hablar un lenguaje muy claro. No es posible seguir por más tiempo poniendo el pie delante a quienes año tras año colocan sobre la

mesa de la casa de 700 a 800 millones de marcos, y luego esperar que se entusiasmen ante estos manejos.

En la polémica contra las Cajas de Enfermedad se mezclan múltiples quejas, relativas a la política de salarios, con resentimientos de los partidos políticos. Lo primero es el hombre-masa, que verdaderamente trabaja, que tiene que pagar, y paga en realidad, casi mil millones de marcos anuales, pero que ha de escuchar, profundamente conmovido, las manifestaciones de los personajes —en oposición a la masa—. Es decir, que seremos un pueblo de interesados en amontonar, y entonces ocurrirá como en 1933, o seremos una Nación consciente y reconoceremos la necesidad de mejoramiento de todos los estratos sociales. Así, pues, deberán ordenarse las cosas de manera razonable, en cuanto humanamente sea posible. Ocho días de ejército rojo y no escandalizaremos más con nuestras advertencias a las pequeñas oposiciones.»

Dr. J. FREDERIC DEWHURST: *Productividad de los Estados Unidos.*—EXCELSIOR.—La Habana, 7 agosto 1956.

El doctor Dewhurst es Consejero económico de The Twentieth Century Fund, de Nueva York, de cuya conferencia sobre productividad, pronunciada recientemente en la Sociedad Filosófica Americana, son los párrafos que siguen:

«El norteamericano de nuestros tiempos vive en un plano material mucho más alto que el de sus padres, e infinitamente superior al de sus abuelos del siglo XIX. Los norteamericanos ganan, por término medio, el año anterior, más de 1.900 dólares; es decir, el cuádruple de los ingresos por persona en el año 1850, año en que el poder

adquisitivo en dinero actual era de unos 450 dólares.

Este notable progreso en el bienestar material de las personas, unido a una reducción periódica de las horas de trabajo, representa todavía mayores beneficios en la productividad por hora. El trabajador norteamericano de 1850, con una jornada considerablemente mayor que la presente, producía por hora el equivalente de 38 centavos del dinero actual. Para 1900 se había más que duplicado, equivaliendo entonces a 84 centavos, y de esta mejora ha ido en progresión creciente desde fines de siglo, hasta llegar a 2.50 dólares en el año pasado.

En la actualidad, el trabajador norteamericano trabaja cuarenta horas por semana, y su familia disfruta de ventajas materiales que nunca soñaron sus abuelos, ya que, en el presente, produce en diez minutos tanto como producía en una hora en 1850.

De las cifras expuestas se deduce, por tanto, que la productividad del trabajador norteamericano es, en la actualidad, aproximadamente seis veces mayor que el promedio en el resto del mundo, y que la de los Estados Unidos hace medio siglo. No obstante este notable progreso, no hay razón para creer que el aumento de productividad y mejoras en las normas de vida sean menos señalados que en los años pasados. Hay, en efecto, numerosos indicios de que los adelantos técnicos están acelerando cada día la productividad industrial en los Estados Unidos.

Pero, aun suponiendo que el ritmo siguiera siendo igual que en el siglo pasado, los resultados serían, en el tiempo, sorprendentes. Manteniéndose el mismo ritmo durante otros cincuenta años, sería posible producir, al final de este tiempo, en siete horas, tanto como en la actual semana de cuarenta. Si esto llegara a suceder, parece razonable suponer que nuestros descendientes

tes no se conformarían con lo que podrían producir trabajando exclusivamente un día por semana, ni tendrían bastante tiempo libre para consumir todo lo que podrían producir trabajando una semana de cuarenta horas.

Por el contrario, si continuara la productividad en progresión creciente, seguiríamos aprovechándonos, en parte, de la disminución de la jornada de trabajo y el aumento de horas libres, como ha sucedido en el pasado.

Hace un siglo, se trabajaba en los Estados Unidos un promedio de setenta horas por semana, y el domingo era, en efecto, así como en nombre, un día de descanso. En 1900 se trabajaban todavía sesenta horas por semana. Después de la Primera Guerra Mundial se redujo a cuarenta y ocho horas la semana de trabajo, pero el sábado era todavía laborable para la mayoría de las personas. La semana de cinco días y cuarenta horas de trabajo no se adoptó hasta después de la Segunda Guerra Mundial.

Estas innovaciones, además del disfrute de vacaciones con sueldo, han tenido por efecto duplicar con creces, desde fines de siglo, el tiempo libre para la generalidad de los trabajadores.

En los Estados Unidos, durante el medio siglo pasado, un poco más de las dos terceras partes del aumento consiguiente a la mayor productividad está representado por la cantidad adicional de artículos y géneros fabricados y algo más de una tercera parte por la reducción de la jornada de trabajo y el aumento de horas libres.

Si las expresadas proporciones continúan durante algunos años, podemos esperar para 1975, si no antes, no sólo ingresos mucho más elevados por persona en una población mayor que la presente, sino una semana de cuatro días laborables y tres días de descanso.»

O. I. T.: *El Servicio Nacional de Salud Pública en Australia*.—REVISTA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. — Ginebra, septiembre 1956.

El Servicio Nacional de Salud Pública, introducido en Australia hace algunos años, se ha desarrollado en parte como servicio público y en parte como Seguro Voluntario subvencionado, comprendiendo las siguientes ramas:

1) Un Seguro Médico Voluntario, subvencionado por el Gobierno, de prestaciones de medicina general, tanto en hospital como fuera del mismo, para toda la población de residencia fija en el país, pagando el Gobierno prestaciones correspondientes a las que debe garantizar el Seguro.

2) Un servicio público que provee gratuitamente a toda la población ciertas medicinas, tanto en los casos de gravedad como en los preventivos, con cargo al erario público.

3) Un servicio público de hospitalización, financiado por el Gobierno, mediante el pago de una cantidad fija por paciente y día de estancia en hospitales públicos y privados reconocidos por el Gobierno.

4) Un Seguro Voluntario de hospitalización, subvencionado, para toda la población residente, pagando el Gobierno una prestación adicional por día de estancia en hospital a los enfermos asegurados.

5) Un servicio de asistencia médica general y farmacéutica gratuitas, financiado por el Gobierno australiano, para los pensionados cuyos ingresos no excedan de un límite prescrito.

6) Un servicio social de asistencia a los tuberculosos en hospitales públicos a cargo de los Estados, con ayuda de subvenciones del Gobierno.

El Seguro Voluntario subvencionado puede ser implantado por toda orga-

nización de prestaciones médicas o de hospitalización que obtenga su inscripción en el registro nacional. Estas organizaciones pueden ser sociedades mutuas o de beneficencia, así como cajas de prestaciones de enfermedad, creadas por los médicos o por instituciones de Seguros sociales sin fines lucrativos, que se sometan a las leyes y reglamentos adoptados a los fines del servicio nacional de salud pública.

Todas las prestaciones de carácter nacional son pagadas del fondo nacional de previsión social, para el que vota créditos el Parlamento.

MÉTODOS PARA OBTENER ASISTENCIA MÉDICA

POBLACIÓN EN GENERAL

Toda persona residente en el país puede obtener asistencia médica o el reembolso de los gastos por asistencia médica, para sí misma o para las personas a su cargo, en las siguientes condiciones:

Medicina general y consulta de especialistas

Asistencia fuera del hospital.—Toda persona residente en el país que desee acogerse al sistema de prestaciones para gastos de asistencia médica, en casos que requieren cuidados generales o consulta de especialistas, debe asegurarse voluntariamente y asegurar a las personas a su cargo en una organización sin fines lucrativos, inscrita en el registro de sociedades de prestaciones médicas. Sin embargo, si el asegurado o una persona de su familia se halla enfermo en el momento de ingresar en el Seguro, no tendrá derecho al pago de prestación alguna por dicha enfermedad durante los dos primeros años de afiliación.

Los asegurados tienen derecho al pago de 12 chelines, como mínimo, por

consulta o visita de un facultativo de medicina general, que pueden elegir libremente, ya sea en el gabinete de consulta o en visita a domicilio; los 12 chelines de la prestación son pagados por el Gobierno de Australia y por la organización del Seguro Médico, que ha de pagar, por lo menos, 6 chelines. En caso de exceder de 12 chelines, el coste adicional ha de ser pagado directamente por el paciente.

Los honorarios habituales de un médico son de 15 chelines por consulta y 18 por visita. Por consiguiente, la persona asegurada tiene que pagar normalmente 3 chelines por consulta y 6 por visita, además de su cotización al Seguro de Enfermedad. Puede proceder de la misma manera en lo que se refiere al cónyuge y a los hijos.

Asistencia en hospital.—Si la persona asegurada o a cargo de un asegurado y comprendida en el Seguro ha de ser hospitalizada por prescripción de su médico de cabecera o de un especialista, tendrá derecho a las prestaciones del Seguro y del Gobierno por cada operación o tratamiento especificado en la primera lista de la Ley, ya sea efectuado por su médico de cabecera o por un médico del hospital. En tal caso, es decir, si el tratamiento figura en la primera lista, la prestación del Gobierno sólo se obtiene si el Seguro paga, por lo menos, la misma suma.

Las prestaciones pagadas por operaciones y tratamientos en hospital comprenden los casos más corrientes de operaciones generales, quirúrgicas, ginecológicas, urológicas y oftalmológicas, así como los de amputaciones y desarticulación de miembros, tratamiento de dislocaciones, etc.

Prestaciones farmacéuticas

Esté o no asegurada en una organización de prestaciones médicas, toda

persona residente en el país tiene derecho a ciertas medicinas indispensables en casos de vida o muerte, siempre que sean prescritas por el médico de cabecera. El coste de tales medicinas es pagado por el Gobierno directamente al farmacéutico.

Las medicinas prescritas que no sean las indispensables en casos de vida o muerte, que figuran en la lista del reglamento dictado en aplicación de la Ley sobre salud pública, han de ser pagadas por la persona interesada, salvo en caso de estar ésta comprendida en el servicio médico para pensionados.

Hospitalización y servicios de enfermería

El tratamiento en hospital comprende la estancia en sala general y los servicios de enfermería solamente. Para tener derecho a las prestaciones, la estancia y los servicios de enfermería han de justificarse por el tratamiento médico o quirúrgico aplicado por un facultativo de medicina general o bajo su dirección.

La persona residente que haya de ser tratada en hospital tiene derecho a la prestación de hospitalización en las dos formas siguientes :

1) Al ingresar en un hospital público o privado (que haya sido aprobado al efecto) tiene derecho a la prestación de 8 chelines por día que concede el Gobierno para gastos de estancia en el hospital y servicios de enfermería, tanto si está asegurada como si no lo está. Por regla general, esta suma es pagada al hospital o al Estado o territorio bajo cuya administración funcione el hospital, no al paciente mismo, deduciéndose del total de los gastos que haya de pagar el paciente,

2) Si la persona está asegurada en una organización de prestaciones de hospitalización debidamente inscrita en

el registro, además de la prestación de 8 chelines por día, tiene derecho a 6 chelines, por lo menos, según sea su cotización, que paga el Seguro, y a 4 chelines más como suplemento de prestación del Gobierno, tanto para sí misma como para las personas a su cargo comprendidas en el Seguro.

PENSIONADOS

Desde 1951, toda persona que cobre una pensión de vejez, invalidez o viudedad, en virtud de la Ley de consolidación de los servicios sociales; una pensión de veterano, en virtud de la Ley de repatriación, o un subsidio, en virtud de la Ley sobre la tuberculosis, de 1948, tiene derecho para ella misma y para su cónyuge e hijos menores de dieciséis años, a su cargo, a la asistencia gratuita de un facultativo de medicina general y a ciertas prestaciones farmacéuticas, además de los medicamentos indispensables en casos de vida o muerte, y generalmente disponibles, sin necesidad de estar asegurada. Las pensiones de la Ley de servicios sociales están sujetas a la justificación de la falta de recursos.

No obstante, desde el 1.º de noviembre de 1955, el servicio médico de pensionados no se aplica a los que adquieren esa calidad después de dicha fecha; pero no hubieran podido obtener la máxima prestación si el total de ingresos privados permisibles con tal prestación no hubieran sido aumentados después del 31 de diciembre de 1953.

Medicina general y consulta de especialidades

El pensionado, así como su cónyuge e hijos a cargo, puede consultar a cualquier facultativo de medicina general que sea parte en el acuerdo concertado con el director general de salud pública de Australia, ya sea en el

gabinete del médico o, si el paciente está incapacitado, en su domicilio.

Hospitalización y servicios de enfermería

El Gobierno paga también la prestación general de hospitalización a los hospitales públicos por la estancia de pensionados o personas a su cargo, a condición de que estén inscritos en el Servicio Médico de Pensionados y no estén asegurados en una organización de prestaciones de hospitalización, lo que les daría derecho a las prestaciones pagaderas en tal caso. La prestación para pensionados o personas a su cargo es de 12 chelines por día.

MÉTODOS PARA OBTENER LA ASISTENCIA MÉDICA

POBLACIÓN EN GENERAL

Medicina general y consulta de especialistas

En lo que se refiere a la asistencia por facultativos de medicina general, tanto en hospital como fuera de él, se aplica un Seguro Voluntario subvencionado que reembolsa los gastos del paciente.

Medicina general

El facultativo de medicina general, consultado por una persona asegurada, envía su nota de honorarios al paciente, como si fuera un cliente privado, especificando los servicios prestados según se indica en las listas que contiene la Ley sobre salud pública.

El Seguro Médico

Para poder ser inscrita en el registro correspondiente, la organización del Seguro Médico ha de ser una institución de Seguros sociales sin fines lu-

crativos. Debe asegurar, según dispongan sus estatutos, a todos los cotizantes, a sus cónyuges y a otras personas a su cargo cubiertas por la cotización, que recurran a los servicios profesionales especificados en la primera lista de la Ley, el pago de prestaciones de un valor por lo menos igual a las prestaciones del Gobierno por los mismos servicios. La institución aseguradora puede prestar dichos servicios gratuitamente, en virtud de un contrato con los médicos, en lugar de pagar las prestaciones indicadas.

Prestaciones farmacéuticas

La Comisión Consultiva de Prestaciones Farmacéuticas propone la inclusión de nuevas medicinas en las listas de productos, que pueden obtenerse gratuitamente.

Para que puedan dar derecho a las prestaciones farmacéuticas, las prescripciones médicas han de ser escritas por el médico de su puño y letra, y, salvo autorización en contrario del director general de salud pública, en un formulario aprobado a tal efecto.

Hospitalización y servicios de enfermería

Las prestaciones de hospitalización que concede el Gobierno se pagan, tanto si el paciente está asegurado como si no lo está, por cada día de estancia en un hospital aprobado, público o privado, que no sea una casa de convalecencia, un asilo para ancianos, una institución benéfica ni un orfanato.

Se consideran como hospitales públicos los que hayan sido reconocidos como tales por el Estado en cuestión, exceptuándose las instituciones para enfermos mentales y otras análogas, así como los sanatorios para tuberculosos, a los que se aplica la Ley de 1948 sobre tuberculosis. El Gobierno conclu-

ye acuerdos (que deben ser aprobados por el Parlamento) con los Estados sobre el reconocimiento de los hospitales públicos, para fines de prestaciones.

Para obtener estas prestaciones, el propietario o director del hospital privado debe presentar una cuenta por cada paciente, en la que se especifiquen los gastos globales debidos respecto del mismo, el importe de la prestación de hospitalización y la cantidad restante. Hará firmar una declaración detallada del tratamiento recibido en el hospital al paciente por quien se ha de pagar la prestación, y la conservará en su poder.

Si el propietario o director no cumple sus obligaciones, la prestación de hospitalización puede ser pagada directamente al paciente.

Toda persona residente en el país, que esté asegurada en una organización de prestaciones de hospitalización inscrita en el registro, tiene derecho a una prestación adicional del Gobierno. Esta prestación es pagada a la organización del Seguro.

El hospital público o privado aprobado, que preste tratamiento en sus salas, gratuitamente o a costo reducido, en virtud de pagos hechos al paciente o en nombre suyo, ya sea el cabeza de familia o una persona a su cargo, se considerará como organización de prestaciones de hospitalización que paga 6 chelines por día.

PENSIONADOS

El Servicio Médico de Pensionados concede asistencia de facultativo de

medicina general y prestaciones farmacéuticas gratuitas, en aplicación de un sistema de pago directo por el Gobierno al médico o al farmacéutico.

Medicina general

Todo facultativo de medicina general inscrito en el registro profesional puede participar en el Servicio Médico de Pensionados.

El paciente o la persona a cuyo cargo esté, firma un recibo por cada visita o consulta, autorizando el pago del servicio prestado. El Departamento de Salud Pública paga directamente al médico tratante, basándose en dichos recibos.

Los médicos tratantes cobran 10 chelines por consulta en su gabinete y 12 por visita, en vez de 15 y 18, respectivamente, que es lo que acostumbran a cobrar a particulares. Esta reducción de un tercio ha sido aceptada por el Cuerpo médico, por considerarla razonable.

Prestaciones farmacéuticas

El suministro a los pensionados y a las personas a su cargo de productos farmacéuticos, con exclusión de los específicos indispensables en casos de vida o muerte, se efectúa, esencialmente, en las mismas condiciones que el suministro de productos farmacéuticos a la población en general. Se aplican numerosas disposiciones reglamentarias en cuanto a la forma, la cantidad y otros aspectos de las prescripciones.

V.-RECENSIONES

En esta sección se dará cuenta de todas las obras, relacionadas con la Seguridad Social, de que se remita un ejemplar a la Dirección de la Revista.

**Castillo Barroso, José.—“Los Seguros Sociales”.
Tres tomos.—La Habana.—Enero, 1956. 2.499 pá-
ginas.**

He aquí una importante obra que nos ofrece el panorama completo de la legislación cubana sobre Seguros sociales. Se presenta el libro con un substancioso prólogo del Dr. Manuel R. Zaldívar Cordero, Magistrado del Tribunal Supremo y figura eminente en el campo de lo social, tanto por sus valiosos estudios doctrinales, legislativos y jurisprudenciales, como por sus actuaciones al frente de especiales cometidos de índole social, la última de las cuales es precisamente la Presidencia que ostenta de la Comisión de Aportes Estatales a la Seguridad Social, entidad temporal encargada de ofrecer al Gobierno orientaciones concretas en orden al desenvolvimiento futuro de la Seguridad Social cubana.

El libro consta de tres gruesos volúmenes, totaliza 2.500 páginas y está dividido en siete partes.

La parte primera la forman unos estudios doctrinales a través de los cuales el autor analiza el origen y fundamento de la Previsión y la Asistencia Social; el concepto de Seguro Social; su sostenimiento y clases; las características de los Seguros de Accidentes del Trabajo, Invalidez, Maternidad, Paro forzoso, Cajas de Ahorro, Mutualismo; la organización de los Seguros sociales, la función de la Asistencia Social como complemento en la protección de los riesgos; características de la protección del trabajo de menores y mujeres, higiene del trabajo, descanso retribuido, protección de salarios y licencias retribuidas. En esta misma primera parte hace una amplia exposición doctrinal de los Seguros sociales en Cuba, partiendo de los fundamentos contenidos en la Constitución Política de 1940, que estableció los Seguros sociales «como derecho irrenunciable e imprescriptible de los trabajadores», reforzados por una jurisdicción especial establecida por el Tribunal de Garantías Constitucionales y Sociales que fué perfilando la naturaleza jurídica del Seguro Social como ente autónomo y substantividad patrimonial distinta de la del Estado; pero desenvuelta bajo el control financiero del Estado ordenado por la Ley Orgánica de los Presupuestos y ejercido por el Tribunal de Cuentas. Completa estas exposiciones unas notas sobre las críticas formuladas al Sistema cubano de Seguros sociales, por la floración de innumerables Cajas jubilatorias de economía intrínseca difícil, las preocupaciones por la coordinación e incluso modificación de los regímenes de previsión social, terminando con la transcripción literal del Proyecto de Ley-decreto sobre la creación del Banco de Seguros sociales, que ha quedado como un intento no logrado de articulación unitaria e integral de las medidas de previsión social en una sola entidad de Seguro Social que protegiera a las clases trabajadoras contra todos los riesgos sociales.

La parte segunda de la obra está dedicada a compendiar todo lo que el autor entiende y denomina Seguros Profesionales. En este grupo comprende el Seguro Social del Arquitecto, el Seguro Social del Abogado, el Seguro Social del Pro-

curador, la Jubilación y el Seguro Social Notarial, Jubilaciones y pensiones de los Registradores de la Propiedad, Caja general de Pensiones y Jubilaciones de los Registradores Mercantiles, Caja de Jubilaciones y Pensiones de los Corredores de Aduana, Seguro Profesional de Periodistas, Seguro de Farmacéutico, Seguro del Médico, Retiro Odontológico, Seguro del Veterinario y Caja de Seguro y Previsión Social de Enfermeros y Enfermeras. De cada uno de estos Seguros la obra contiene los textos legales orgánicos y, siempre que lo juzga oportuno, una apostilla especial con la jurisprudencia interpretativa y aclaratoria de aquellos textos.

La parte tercera la forman los Seguros que llama proletarios, denominación ésta que le da el Tribunal de Garantías Constitucionales y Sociales, precisamente para diferenciar los Seguros aplicados a los profesionales titulados de los Seguros aplicados a los trabajadores asalariados y no titulados. Así, el grupo de Seguros proletarios está formado por el Retiro de Artes Gráficas, la Caja de Retiro Azucarero, la Caja del Retiro Bancario, la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Barberos, Peluqueros y Similares, la Caja General de Jubilaciones y Pensiones de Agentes, Empleados y Obreros del Comercio, la Caja General de Retiro y Asistencia Social de los trabajadores de la Industria Eléctrica, Gas y Agua, la Caja de Retiro y Asistencia Social de los Trabajadores Gastronómicos, la Caja de Retiro y Asistencia Social de los Trabajadores Elaboradores de Harina de Trigo, Dulces en general y sus Anexos, la Caja de Seguro y Previsión Social de la Industria Cervecera, la Caja del Retiro Marítimo, la Caja del Retiro Petrolero, la Caja del Retiro de Locutores, Artistas, Empleados y Obreros de la Industria y el Comercio de Radio Nacional, la Caja del Retiro de Empleados de Seguros y Fianzas, la Caja de Retiro y Asistencia Social de los Obreros Empleados Tabacaleros, el Retiro Telefónico, la Caja de Retiro y Asistencia Social de los Trabajadores Textiles y Henequeneros y la Caja Nacional del Retiro del Transporte Terrestre. Todos estos Seguros Proletarios aparecen con su legislación fundamental y la correspondiente jurisprudencia aclaratoria.

Dedica una parte especial (la cuarta) al Retiro de Obreros y Jornaleros del Estado, las Provincias, los Municipios y las Corporaciones Autónomas, administrado por una Comisión Nacional, con órganos de gobierno y dirección de carácter representativo y con la finalidad de prestar asistencia en los casos de vejez, invalidez, muerte, enfermedad y fatiga.

Las partes quinta, sexta y séptima, así como unas últimas modificaciones, están constituídas por un conjunto de apéndices que aportan la legislación sobre el descanso retribuido y el Seguro de Salud y Maternidad, la creación de nuevos Seguros (tales como los de Taquígrafos, Ramo de la Construcción, Ganadería, Ingenieros civiles, etc.), las modificaciones de los Seguros ya creados y valiosa jurisprudencia sobre cada uno de estos apartados.

En resumen, Castillo Barroso ha dado fin a un empeño difícil en cualquier parte, y más difícil aún en Cuba, por la multiplicidad institucional, la frondosidad legislativa y la carencia de orientaciones políticas concretas sobre Seguridad Social. A pesar de ello, el autor ha sabido ordenar y sintetizar toda la materia dentro de una temática lógica, haciendo gala de un conocimiento formal de la doctrina general sobre Seguros sociales, y recurriendo a la fuente jurisprudencial —camino duro, pero siempre valioso— para aclarar con sentido jurídico la legislación vigente. De esta manera la obra no sólo es útil y práctica para estudio.

sos y profesionales, sino que es un documento de alto valor para cualquier posible planificación coordinadora de la Seguridad Social cubana.

> CARLOS MARTI BUFILL.

**Pinero Giraldo, Roberto. Antropólogo social.—
“Departamento Técnico de la Seguridad Social
Campesina”.—Ministerio del Trabajo.—Estudio de
la zona tabacalera santanderina.—Bogotá, 1955.**

En este trabajo se reflejan los esfuerzos del Departamento Técnico de la Seguridad Social Campesina del Ministerio del Trabajo de Colombia por la implantación de los Seguros sociales en este sector de la vida nacional colombiana. Se ha preocupado este Departamento, hasta el momento actual, de ir preparando los informes y estudios precisos de las diversas circunstancias imperantes en las distintas zonas del país para, una vez ultimados esos estudios, pasar a la etapa propiamente dicha de realizaciones prácticas.

Se hace en este libro el examen de la zona tabacalera de Santander, eminentemente ligado este cultivo al Departamento, desde la época colonial y su economía sujeta a las fluctuaciones de las políticas fiscales diversas, ha tenido repercusiones de orden social y político de recia envergadura. Del examen del libro se desprende que este cultivo ha marcado también un renglón de importancia dentro de la economía nacional, no sólo para dar base a una de las más fuertes industrias colombianas, sino también como producto de comercio exterior en el siglo pasado, cuando aun el café no había ocupado el primer puesto como creador de divisas extranjeras.

De ahí el interés del Departamento Técnico de la Seguridad Social Campesina para estudiar este aspecto de la economía de la nación de una forma exhaustiva, dada la importancia que encierra dentro del conjunto laboral del país.

Se ha comenzado por estudiar la región desde un punto de vista sociogeográfico, con la distribución real de la población y con la conformación de las diversas regiones económicas, para pasar a examinar su régimen de propiedad, valor de la tierra, el cultivo y sus costos, precios y mercados, salarios y sus aumentos, población asalariada, trabajo en cooperación, capacidad tributaria, educación, habitación y vivienda y morbilidad e higiene, para llegar a una serie de conclusiones que pueden resumirse así.

El cultivo del tabaco, según el autor, se realiza de una forma de sistema económico rudimentario, por las condiciones de la explotación, el régimen de tenencia de la tierra y las disponibilidades financieras de los grupos que se dedican a esta actividad, que se circunscribe dentro de rústicos niveles familiares, sujetos a los azares diarios de una población que no dispone de ninguna ayuda y que vive y trabaja apegada a una tradición casi primitiva.

En el informe también se llega a la conclusión de que el círculo que motiva que su nivel cultural no progrese, ni su avance técnico se desarrolle, incide desfavorablemente en el sistema del tabacalero, ya que el momento cultural y social de la comunidad campesina no le capacita para el ejercicio de un régimen cooperativo que cubra por lo menos las fases de producción y consumo.

Como posibles soluciones apunta el autor del estudio, no la parcelación de las tierras que en otras regiones sería factible y que aquí, por su elevado costo, se hace imposible, sino un control moderado sobre los contratos de aparcería y una asociación de los productores y elaboradores del tabaco con comités departamentales y facultades para la compra y elaboración de la hoja.

Dentro de esta asociación que propone, apunta que no hay que olvidar consignar en su presupuesto importantes partidas destinadas a la higiene rural, a las obras sociales, comenzando por un censo de producción y el estudio de sus características económicas y sociales.

Termina el informe con la transcripción del Decreto número 3.558 de diciembre de 1954, por el que se crea el Instituto Nacional de Fomento Tabacalero, con el cual se viene a tratar de solucionar parte de los problemas y desventajas de la actualidad, al probar con él de mejorar y dirigir la producción, estableciendo granjas de experimentación, organizar almacenes generales de depósito y regular los precios fomentando la exportación de la producción.

JULIO A. DIAZ MARTIN.

Cabrera Navarro, Víctor Ml.—“Seguro de desocupación y de retiro”.—Sugerencias para una modificación del art. 29 del Código de Trabajo.—(Auxilio de Cesantía).—Imprenta Nacional.—San José de Costa Rica, 1956.

Examina el autor de este trabajo la forma de cambiar el auxilio de cesantía tal como figura en la actualidad en Costa Rica, dentro de su Código de Trabajo, procurando, para buscar una solución definitiva, el evitar el resquemor del patrono para con el trabajador, y viceversa, a la vez que inmovilice al trabajador dentro de lo que denomina empresa-patrono, armonizando las relaciones entre ambos y otorgando al trabajador un auxilio que sea realmente de cesantía cuando se vea obligado a no trabajar por causas ajenas a su voluntad.

Para conseguir esto, propone como fórmula llegar a una solución enmarcada dentro de las tres premisas siguientes :

1.º Garantizar al trabajador una inamovilidad, no por tener acumulado, como él erróneamente lo cree, una cantidad de equis colones por concepto de antigüedad y cesantía, pues estos derechos no adquiridos se pierden en cualquier momento, si incurriera en causal de despido.

2.º Evitar el roce constante entre ambas partes y el resquemor del trabajador que ve en su patrono al enemigo que espía constantemente sus movimientos y su conducta, a fin de sorprenderle en momentos especiales y terminar el contrato de trabajo con causal obrera. El resquemor del patrono, que ve en su operario al enemigo escondido en su subconsciente, que solamente espera el momento oportuno de un desliz para hacer efectivo el rompimiento del contrato de trabajo, con el correspondiente cobro de las indemnizaciones por despido.

3.º Asegurar que el Auxilio de Cesantía sea verdaderamente un auxilio de cesantía para los paros forzosos que pudiera tener el trabajador a través de su vida.

Para llegar a estas conclusiones empieza por exponer, en la primera parte del trabajo, toda la legislación vigente en Costa Rica sobre la materia, analizando el Código del Trabajo, la Legislación de Seguros sociales, etc.

En este examen pone de manifiesto la realidad actual de las relaciones laborales, donde el trabajador es, en algunas actividades, despedido sistemáticamente de su trabajo cada once semanas, a fin de que no acumule el tiempo necesario para hacer el reclamo correspondiente al patrono con relación a los artículos 28 y 29 del Código de Trabajo, en los que se garantiza al trabajador un abono o indemnización por despido siempre que haya acreditado más de tres meses de trabajo. Examina a continuación las diversas medidas posibles, conducentes a evitar esta anomalía, cribando detenidamente sus posibles ventajas e inconvenientes.

Después de pasar revista a todas estas soluciones, sienta la premisa de que, desde el momento que comprendemos que el trabajador no tiene otro patrimonio para mantenerse y mantener a los suyos que su propio salario, es innegable que se deberá legislar hacia un Seguro de desocupación forzosa y de retiro, toda vez que «en estas situaciones angustiosas solamente las cooperativas, como quiero llamar a los Seguros sociales, son las que pueden llevar a feliz término el verdadero espíritu del auxilio de cesantía».

En otra de las partes de que se compone este estudio se resumen las disposiciones financieras de la Seguridad Social, referentes al desempleo e incapacidad para el trabajo de la legislación extranjera sobre la materia, para pasar a otro capítulo que denomina «disposiciones administrativas», en el que se resumen, muy brevemente, la organización de la Seguridad Social en lo que se refiere a desocupación o desempleo e incapacidad para el trabajo, mencionando la institución administrativa central o autoridades principales, y los organismos o servicios administrativos de mayor importancia en la región o la localidad. Luego sigue una referencia al organismo principal de inspección, al derecho de apelación, en caso de existir, ante los organismos independientes de las autoridades o instituciones administrativas que dieron el fallo contra el cual se apela.

Por último, concluye el trabajo con dos proyectos: uno para la solución del problema con referencia al Código de Trabajo y otro con referencia al Seguro Social, este último un completo proyecto de Seguro de desocupación forzosa y de retiro, muy terminados y estudiados ambos y de gran viabilidad.

Hemos dejado para el final el comentar lo que en la publicación figura al principio, y que es en realidad lo que la da gran valor, pues es el propio Ministro de Trabajo, en una carta dirigida al Ministro de Gobernación y Policía, solicitando sea impreso el libro por la Imprenta Nacional, el que afirma que el «Sr. Cabrera, efectivamente, ha elaborado un interesante trabajo relativo al actual sistema de prestaciones legales y una posible sustitución del mismo».

JULIO A. DIAZ MARTIN.

Mahieu, J. M.—“Evolución y porvenir del sindicalismo”.—Buenos Aires, 1954. XII + 178 págs.

Mahieu aborda, en la obra que hoy traemos a esta REVISTA, el espinoso problema del encuadramiento histórico, político y social del sindicalismo en busca

de una comprensión de su valor actual y, lo que ya resulta más difícil, de su porvenir. De ahí que, en vista a conseguirlo, el autor abarque en su estudio los orígenes del sindicalismo, desde la estructura de la sociedad precapitalista, y se ocupe, inmediatamente, de las consecuencias que en esa misma estructura social se dejaron sentir con la proletarización de las clases trabajadoras, y nos ofrezca así una estremecedora visión de la cuestión social, al enfocarla desde la biotipología y la psicología del proletario. Señala sus fuentes de reclutamiento entre los artesanos de calidad profesional inferior y entre los campesinos desarraigados de la tierra, con lo que, masificándose en el suburbio, se caracterizan por su estandarización y atomización social, máxime cuando los caracteres se fijan en un proceso de homogeneización producida por las interacciones de la vida en un mismo medio social y, sobre todo, en una curiosa forma de endogamia: el matrimonio entre miembros de la misma clase social y, dentro de ésta, de una misma profesión o nivel profesional. Como decimos, el cuadro que bosqueja es aterrador: «La inteligencia (del proletario) está mantenida en un nivel inferior por la falta de cultura, la inestabilidad de las impresiones, el exceso de imágenes y la ausencia de disciplina interior. Capaz de réplica, el obrero ignora el razonamiento, capta las relaciones sencillas, pero es impotente para pensar en más de una idea a la vez... Por una parte, la ciudad excita su mente, pero por otra parte, el suburbio y la fábrica la aplastan. El conventillo, la alimentación malsana, el alcohol, las enfermedades venéreas, las lecturas estúpidas y el trabajo mecanizado lo embrutecen.»

El cuadro que recogemos decide, tal creemos, el desarrollo de las ideas del autor en los cinco capítulos restantes, en los que esquematiza la evolución del sindicalismo bajo las rúbricas o formas de sindicalismo de combate, reformista, político, y correspondiendo a su momento actual, sindicalismo de representación. Los epígrafes aclaran por sí mismos las metas pretendidas o el papel histórico representado por las organizaciones sindicales: el sindicato, nacido dentro de un orden capitalista, para corregirlo por su acción de control económico (monopolio de la mano de obra), tuvo que fracasar inevitablemente cuando quiso valer como fuerza de acción política (de ahí el problema de sus relaciones con los partidos obreros), y luego tuvo que fracasar también en sus ansias revolucionarias al limitarse a una simple conquista de mejores condiciones de vida para los trabajadores (de ahí el problema de sus relaciones con el capital, y, sobre todo, con el Estado: legalidad o fuerza obligatoria de los convenios colectivos, organizaciones arbitrales, etc.). La élite militar o heroica del sindicalismo de combate cedió el paso al tratante de la mano de obra o profesional del sindicalismo, pero uno y otro acabaron insertándose en la estructura misma del orden capitalista, sin posibilidad de acción renovadora alguna. Tal es la tesis del autor. La aparición de los partidos nacionales revolucionarios replantea el tema de las posibilidades de los viejos sindicatos obreros de cara a la extensión de la cuestión social a las clases medias y a la entrada de éstas en la política en busca de un orden nuevo. Mahieu, sobre el análisis implícito de los regímenes políticos antiprecapitalistas de nuestro tiempo, alza su esperanza hacia el futuro sindical en una reforma de la Empresa, si bien denuncia como una falsa vía la solución que se ensaya de la cogestión o codeterminación en la Empresa. La reforma que el autor argentino postula descansa en una revisión del derecho de propiedad, y traería como consecuencia que los trabajadores alquilaran el capital en vez de ser alquilados por él. En tal régimen de producción, el sindicato ya no sería una asociación

ción de clase; las clases desaparecerían con la propiedad individualista de los instrumentos de la producción; ni un conjunto de asociaciones de clase, sino una federación de grupos de productores jerarquizados unidos por el trabajo y el interés común: una comunidad de comunidades, según la expresión de «La Tour du Pin».

La obra, en su conjunto, como es fácil de observar, se presenta con un fuerte matiz político. Incluso por su lenguaje y, sobre todo, por su estilo rápido y directo y por la rotundidad de algunas de sus páginas, constituye un emotivo esquema polémico. De ahí que recoja, más que las notas o líneas de la realidad del movimiento sindical (organizaciones, hechos, conquistas concretas, etc.), las notas o líneas de las doctrinas o posiciones sindicales, y que el pensamiento de los grandes doctrinarios franceses —Sorel, Berht...— aflore en el pensamiento de Mahieu para reforzar sus análisis del pasado o incitando sus previsiones, previsiones que, si son discutibles en un plano estrictamente doctrinal, son dignas de todo respeto al definirse como una esperanza.

E. BORRAJO.

Gala Vallejo, César.—“La cotización en los Seguros sociales.—Madrid, 1956. 199 págs.

La complejidad de regímenes y la variedad de ramas especiales, en cada caso con su correspondiente procedimiento administrativo y sus peculiares trámites y formalidades, escribe Burgos Boezo en el prólogo de este libro, requieren una cuidadosa sistematización, si la obra ha de ser precisa y útil. Tal es el empeño del presente estudio de Gala Vallejo sobre la enmarañada red de disposiciones legales sobre cotización en los Seguros Sociales Obligatorios en España.

En su totalidad, el libro consta de cuatro grandes partes: una introductoria y las otras tres tratando, respectivamente, de la cotización en la normativa legal, de la fiscalización y vigilancia de la cotización y de lo ejecutivo en materia de cotización.

En la primera parte expone el esquema general del sistema español de cotización en relación con las dos grandes ramas de Seguros Sociales Generales y de Seguros Sociales Profesionales, división que, en un inciso, juzga conveniente aunque ambos sistemas de previsión social respondan a riesgos análogos, según su propia expresión. Trata inmediatamente de la necesidad de los recursos económicos y destaca como principal la «cuota», de la que da el concepto económico. Resume el proceso de formalización legal y de organización administrativa en torno a la cotización y concluye que, en definitiva, un criterio de sencillez y claridad de formas preside todo lo que concierne y guarda relación con el sistema de cotización en los Seguros Sociales Obligatorios. Establece los varios sentidos de la palabra «cotización» y define que «la cotización, dentro del campo de la previsión social, podemos conceptualarla como la valoración y efectividad de la cuota a cargo de las Empresas y trabajadores, para el cumplimiento de los fines de los Seguros Sociales Obligatorios». Distingue, en el proceso legislativo sobre fijación de cuotas, cuatro etapas: la primera, desde la implantación de los actuales Seguros sociales hasta el 1 de julio de 1949, fecha en que empieza a regir

el importante Decreto de 29 de diciembre de 1948; la segunda, desde 1 de julio de 1949 a 1 de octubre de 1953; la tercera, desde esta fecha hasta 31 de diciembre de 1955, y la última, desde esta fecha con el Decreto de 9 de diciembre de 1955 y el Decreto-ley y el Decreto de 23 de marzo de 1956, que eran los textos vigentes en el momento de la publicación del libro. Cierra esta parte con la enumeración de las características del sistema español de cotización.

En la parte segunda reconsidera, nuevamente, todos los textos citados, pero analiza, ya detalladamente, su contenido articulado, estableciendo la doctrina legal sobre la base económica de la cuota, el salario base de cotización, que es tema de tantas disposiciones legales, la cuota de los Seguros Sociales Generales y de los Seguros Sociales Profesionales, aclarando su exposición con cuadros cronológicos de gran utilidad, recaudación de la cuota con exposición de los boletines de cotización y, en fin, las consecuencias y efectos del incumplimiento o falta de pago de la cuota.

La tercera parte, muy breve, expone la intervención de las Delegaciones e Inspección del Trabajo y de la Intervención C.Y.E. del I.N.P., en cuanto a la misión de fiscalizar y vigilar la cotización. La parte cuarta, y última, detalla las medidas para la exacción de débitos o descubiertos de cuotas en tres apartados: medidas amistosas, medidas coactivas y, en tercer lugar, y con gran amplitud, los procedimientos a seguir.

El libro consta de tres índices: uno, que contiene el esquema del libro; otro, que vale como índice general, en el que se recogen, para mayor comodidad del lector, todos los apartados en que se sistematiza la obra, y, por último, de un índice, muy breve, de autores. Hay también, fuera de la paginación, una addenda.

En conjunto, el libro constituye un instrumento de gran valor práctico a favor de todos aquellos que se ocupen de la materia legal de los Seguros sociales, y es muy recomendable para uso de las Empresas y de sus asesores, así como para todos los funcionarios y técnicos de la Seguridad Social. Y aunque las nuevas disposiciones sobre cotización invalidan las cifras que da, por razón de la fecha de su publicación, como vigentes, creemos que con esas correcciones aun mantiene su utilidad.

E. BORRAJO.

Oficina Internacional del Trabajo.—“Las Cooperativas”.—Manual de Educación Obrera.—Ginebra, 1956. 166 págs.

La Organización Internacional del Trabajo, en su labor educadora de los trabajadores, ha creído oportuno publicar un Manual sobre Cooperativas, que contribuya a desarrollar el espíritu de colaboración y de responsabilidad sociales. Para ello ha encargado la redacción del trabajo a Maurice Colombain, que fué durante muchos años Jefe del Servicio de Cooperación y Artesanía de la O.I.T.

El libro, dividido en catorce lecciones, comienza con el análisis de los orígenes y de la base económica y social del movimiento cooperativo y de las formas primitivas y tradicionales de ayuda mutua.

La institución cooperativa moderna surge como posición de defensa, para

reaccionar contra las condiciones creadas por la evolución de la economía mercantil. En este recorrido histórico se hace referencia a la aparición de las primeras Cooperativas en Escocia, Francia, Inglaterra y Alemania, y al desarrollo de los movimientos ideológicos, con los sistemas de Owen, King, Fourier, Saint-Simon, Huber, Schulze-Delitzsch, Raiffeisen, Gide, etc. No faltan tampoco las indicaciones legislativas en esta materia.

Sigue un examen de las características y reglas de funcionamiento de las Cooperativas que se definen como asociaciones de personas en número variable que se enfrentan con las mismas dificultades económicas, y que libremente unidas sobre la base de la igualdad de sus derechos y obligaciones, se esfuerzan por resolver esas dificultades, principalmente administrando por su cuenta y riesgo, con miras al provecho material y moral común y mediante la colaboración de todos, una Empresa, en la cual delegaron una o varias de las funciones económicas que responden a las necesidades comunes.

Se presenta el cuadro del movimiento cooperativo en el mundo, con su distribución geográfica, categoría de Cooperativas y su importancia numérica relativa. Se aborda el problema de la organización administrativa y financiera de la institución cooperativa; la organización administrativa se caracteriza principalmente por la amplitud de poderes de la Asamblea general, por la distribución exacta y equitativa de las responsabilidades entre los órganos ejecutivos y los de control, dejando al ejecutivo gran libertad de acción, bajo un control vigilante que ayuda o condena, pero que nunca estorba.

Sobre la organización financiera se tienen en cuenta las diversas cuestiones referentes al capital social y medios para reunirlos, responsabilidad respecto de los acreedores, distribución de los excedentes y fondos de reserva, empréstitos y condiciones necesarios para una buena gestión financiera. Se continúa con algunas cuestiones concretas que se plantean en la constitución de una cooperativa: ¿Son preferibles las grandes o las pequeñas Cooperativas? ¿Deben existir Cooperativas con función simple o con funciones múltiples? Etc.

El federalismo cooperativo, las organizaciones cooperativas internacionales y las relaciones intercooperativas en el terreno moral y económico, son también observados con detenimiento.

Destaca la importancia que tiene la educación para el movimiento cooperativo, ya que la cooperación y la educación son inseparables, y se presentan los métodos de enseñanza más apropiados, con unas referencias a las Cooperativas estudiantiles y escolares.

La propaganda y la educación de las ideas cooperativas en el público en general tienen gran trascendencia, así como la educación cooperativa de los socios, requisito casi esencial para el buen éxito de estas obras. Es necesaria también la educación y formación del personal directivo y ejecutivo; con este motivo se dan a conocer los procedimientos nacionales e internacionales que se vienen utilizando.

Al enfrentarse con el problema del Estado y las Cooperativas, se traza su itinerario histórico: primero, el Estado ignoró las instituciones cooperativas; posteriormente, no las valoró debidamente o las miró con una desconfianza que, por su parte, dichas instituciones le devolvían. Hoy día se impone el problema de sus relaciones recíprocas, con la consideración del lugar que debe ocupar el movimiento cooperativo en el aparato administrativo del Estado y su enlace con las instituciones intergubernamentales.

Finaliza la obra con un capítulo dedicado a la acción cooperativa y las diversas necesidades de las clases populares, en lo que concierne a condiciones de trabajo, empleo, medios de explotación, condiciones de vida, necesidades de las familias en los medios urbanos, servicios a la comunidad, actividades e instituciones con fines sociales, higiene y sanidad, recreo y cultura populares, etc.

Complemento de este manual, claro, sencillo y eficiente, son las relaciones de libros y revistas, el índice general y los cuestionarios de preguntas que resumen cada tema en forma pedagógica, para los trabajadores y estudiosos que quieran conocer las líneas fundamentales del cooperativismo.

MIGUEL FAGOGAGA

“Onzième rapport annuel”.—Office National de Sécurité Sociale.—Exercice 1955.—Bruxelles, 1956. 189 págs.

Editado por la Oficina Nacional de Seguridad Social, consta el presente informe de una introducción, seis capítulos y otros tantos anexos, componiendo el grueso del volumen numerosos cuadros estadísticos comprensivos de todos los aspectos más interesantes de la marcha de la Seguridad Social belga, en el pasado año de 1955.

En la introducción se determina la esfera de acción de cada uno de los organismos básicos dentro de la Seguridad Social, aparte de las consideraciones de carácter general, necesarias para la mejor comprensión del contenido del trabajo subsiguiente.

Al estudiar en el primer capítulo el campo de aplicación de la Seguridad Social, hace mención de la extensión de dichos beneficios a los servidores domésticos, a los que dedica íntegro el capítulo V. Asimismo, va especificando cada una de las categorías de trabajadores, tanto del régimen general como de los regímenes especiales, así como la situación de los trabajadores extranjeros residentes, a los cuales equipara con los nacionales, excluyendo, sin embargo, a los nacionales que, residiendo en territorio belga, desempeñen su actividad laboral bajo la dependencia de empresarios establecidos en el Extranjero. En cuanto a la extensión de la jornada laboral, da cuenta de la implantación de la semana de cuarenta y cinco horas, sin que ello implique disminución del salario.

La solución dada a los problemas referentes a cotización y abono de prestaciones, es objeto del capítulo II, estudiando separadamente cuanto se refiere al concepto de salario base, regímenes especiales, etc.

Hace referencia al modo de cálculo de «plafond», por medio de las cifras tope de 5.000 y 200 francos, respectivamente, según se trate de cálculo mensual o trimestral, atendiendo para dicho cómputo a la periodicidad del pago y a la duración de la jornada de trabajo.

Otro aspecto interesante constituye la publicidad dada por la O.N.S.S. a la situación de la cuenta de crédito de una Empresa determinada. Esta publicidad tiene por objeto evitar o paliar el perjuicio que pudiera derivarse a que por desconocer la situación de una Empresa con la que tuviese relaciones comerciales, se viese postergado en un concurso de acreedores, debido a gozar de tu

preferente los créditos a favor de la O.N.S.S. Ahora bien, en caso de que el saldo de una Empresa respecto de la O.N.S.S. fuese deudor, ésta no puede dar publicidad a dicho estado de cuentas, sin el previo consentimiento de la Empresa afectada.

Con objeto de facilitar a las Empresas los trámites referentes a su afiliación se crearon los Secretarios sociales, cuya general aceptación demuestran los datos estadísticos que inserta.

En el capítulo III constan los datos referentes al número de trabajadores y empresarios, así como del importe de las remuneraciones declaradas, las cuales representan un alza en relación con el ejercicio anterior, debido dicho incremento a la subida de los salarios, así como de las cotizaciones por los conceptos de enfermedad y vejez.

Las incidencias referentes a las operaciones de reparto están relacionadas en el capítulo IV, verificándose las mismas de acuerdo con las declaraciones trimestrales de cotización formuladas por las Empresas. En cuadros sucesivos figuran los datos expresivos de los conceptos de enfermedad, invalidez, paro, vacaciones y asignaciones familiares. Señala asimismo la cifra de 4,4 por 1.000, como importe de la suma dedicada a gastos de administración en el año 1955.

La extensión de los beneficios de Retiro y Supervivencia a los servidores domésticos se verificó en virtud del Decreto de 17 de junio de 1955. Dichos beneficios son aplicables tanto a los servidores domésticos externos como internos.

La cuantía de la cotización se fija en una cantidad igual a cargo del cabeza de familia y del trabajador doméstico, que asciende al 4,25 por 100 de la remuneración asignada, verificándose el ingreso de ambas cuotas en la O.N.S.S. Por tratarse de una innovación en la Seguridad Social de dicho país, le dedica todo el contenido del capítulo V.

En el siguiente y último refiere las normas a emplear en la confección de las estadísticas publicadas por la O.N.S.S., mencionándose como factor importante de las declaraciones trimestrales los volantes estadísticos. Analiza a continuación el concepto de unidades, estadísticas. Este concepto se amplía en el anexo I, clasificándose las mismas, bien por su adscripción a los organismos básicos de la S.S. belga (O.N.S.S., F.N.R.O.M. y O.S.S.M.M.), por el número de trabajadores afectos a cada Empresa, por ramas de producción, distritos administrativos, o bien los que pudiéramos denominar mixtos, que enlazan dos conceptos, tales como ramas de producción y regionales, etc. A este apartado dedica 28 cuadros estadísticos.

Los datos referentes a los beneficios medios de los trabajadores y empleados se consignan en siete cuadros comprendidos en el anexo II. El III y IV están dedicados a las jornadas de trabajo realizadas y al volumen de las remuneraciones globales satisfechas en el ejercicio 1955, respectivamente.

En cuanto a las operaciones de percepción de cuotas y abono de prestaciones, figuran reseñadas en seis cuadros estadísticos, contenidos en el anexo V, presentados en forma comparativa con referencia a los años 1954 y 1955.

Por último, los seis cuadros del anexo VI están dedicados a la aportación económica del Estado al presupuesto de la Seguridad Social.

De la lectura de la publicación de referencia, presentada con gran meticulosidad y eficiencia, se desprende un estado de optimismo, manifestado en el alza experimentada en los niveles de trabajo en relación con los datos obtenidos en el año 1954, incremento que puede apreciarse en un 4 por 100. La misma

marcha ascendente se observa en la masa de las remuneraciones abonadas a los trabajadores, aumento que puede expresarse en la proporción de un 6,5 por 100.

Asimismo, puede ser exponente de ese movimiento ascendente la extensión del campo de aplicación de la Seguridad Social a los trabajadores domésticos, de cuyo éxito y aceptación responden los datos numéricos, ya que de 37.826 declaraciones remitidas a la O.N.S.S. en 1955, se pasa, en los primeros meses del año en curso, a 46.164, cifra que se desglosa en las dos partidas de 31.126 servidores domésticos internos y 15.038 externos. Estos datos son más elocuentes, teniendo en cuenta que, dadas las características especiales de esta forma de trabajo, por no tener índices confeccionados hubo que recurrir a la propaganda de la Radio y Prensa, para invitar a quienes tuviesen servidores domésticos a su cargo a verificar la inscripción de los mismos.

J. CELARAIN.

“Primer año de Labores de SENDAS”.—Informe presentado por el Secretario Ejecutivo de la Institución al Sr. Presidente de la República.—Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 1955.—Secretaría Nacional de Acción Social y Protección Infantil.—Junio, 1956.

Por Decreto de 9 de septiembre de 1954 fué creada en la República de Colombia la Secretaría Nacional de Acción Social y Protección Infantil, SENDAS, como organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, anexo a la Presidencia de la República, que bajo la dirección de la Primera Dama de la Nación, y con la colaboración de su hija, está realizando, día a día, un gran programa de asistencia social cerca de las clases desvalidas del pueblo colombiano.

SENDAS, orientando su actuación de acuerdo con los principios de la caridad cristiana, de las doctrinas de la Iglesia y de la mente pontificia, procura resolver los problemas sóciales del país, corrigiendo la injusticia social y utilizando para ello no sólo los medios que le proporcione el Estado, sino la ayuda oportuna y efectiva de las clases económicamente más privilegiadas, que así pueden colaborar ampliamente en los preceptos de Cristo, Maestro de la Caridad.

En este Informe que comentamos se destaca la estructura de la institución. SENDAS corresponde, en sus características, a lo que es el país, a lo que son sus gentes y a lo que desea el tradicional espíritu católico de Colombia. La base fundamental de los programas de la obra se resumen en dos principios: SENDAS basa su acción social en la doctrina de la Iglesia y otorga su asistencia social a todos los necesitados, sin distinciones políticas, sociales, raciales o religiosas. Su programa se integra en un sistema funcional para mejor estudiar y resolver los problemas más inmediatos en materia de política social, de acuerdo con las experiencias de la técnica, es decir: Coordinación de todas las instituciones de asistencia social, que, conservando su autonomía, se vinculan a SENDAS para procurar una atención cada día más técnica al mayor número de personas necesitadas; Planificación Nacional, a fin de conocer las verdaderas necesidades del

país en orden de importancia y de urgencia, facilitando así la protección por parte del Estado y de los benefactores; Descentralización, distribuyendo a través de todo el país la ayuda asistencial, dando preferencia a los lugares más abandonados, y Rehabilitación, para procurar que estos necesitados se incorporen a la sociedad como unidades activas lo más rápidamente posible.

Todos los problemas sociales que se pueden presentar en el país encuentran su adecuación precisa en tres clases de ordenamientos: el social, el natural y el de necesidad. Por razones de bien común se ha establecido un orden social para prestar la asistencia: a) *Comunidad*, como agrupación, b) *Institución*, como concentración de personas que reciben servicios afines. c) *Familia*, constituida acorde con la moral católica y con el derecho natural. d) *Individuo*, la persona humana aisladamente considerada, a efecto de remediar sus necesidades.

En el orden de las necesidades naturales del hombre y de acuerdo con la realidad del medio colombiano, se han creado diferentes tipos escalonados de servicios, atendidos por Departamentos Científicos: 1.º La Nutrición, basada especialmente en los elementos nacionales y aplicada de acuerdo con el clima, la edad, el trabajo y los recursos económicos. 2.º La Salud, en los aspectos ambiental y personal. 3.º El Vestido, confeccionado preferentemente con base de los elementos nacionales y de acuerdo con el oficio, el medio, la edad y la disponibilidad económica. 4.º La Vivienda, propia o ajena, adaptada a las circunstancias reales y aplicada a la consecución de su mejoramiento. 5.º La Educación, que contempla las diversas necesidades, desde la desanalfabetización hasta la especialización profesional. 6.º El trabajo, orientado al perfeccionamiento de sus sistemas y al empleo equilibrado de toda la población activa. 7.º El Descanso, considerado como diversión sana y educativa.

Por razones de metodología asistencial y teniendo en cuenta la incapacidad o insuficiencia del ser humano en ciertas edades y estados especiales de su vida para valerse por sus propios medios o recursos, se han creado Departamentos Técnicos que atienden: 1.º Al niño desde diez días hasta los catorce años. 2.º A la madre, en sus estados pre-natal, natal y post-natal. 3.º Al anciano de sesenta y cinco años o más, primando la asistencia de la mujer a la del hombre. 4.º Al joven de catorce a veintiún años, también en la misma primacía, y, por último, al adulto entre veintiuno y sesenta y uno, ocupando el primer puesto la mujer, especialmente cuando es viuda con hijos menores.

En este primer año de realizaciones, SENDAS puede presentar ya concretas realizaciones, como la creación de salas-cunas en los barrios pobres de la capital y ciudades importantes; parques infantiles en todos los Municipios colombianos; campaña nacional de nutrición, canalizando los medios de entidades internacionales, como la Cooperativa Americana de Remesas al Exterior (CARE), el Fondo Internacional de Socorro de la Infancia (UNICEF), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y el Servicio Católico de Ayuda Nacional (NCWC); distribución de agua potable en los barrios pobres de la capital; establecimiento del Seguro Social Campesino; fundación de emisoras en los Llanos Orientales para atender la cultura de la más grande porción del territorio nacional... Todos estos son aportes positivos de esta gran obra de Asistencia Social, que, creada sobre la base de servicio, extiende cada día más su acción a través del pueblo colombiano.

M. ALONSO LIGERO.

