

Revista Iberoamericana
DE
SEGURIDAD
SOCIAL

(Director. Luis Jordana de Pozas)



Septiembre-October 1955. MADRID Año IV.-N.º 5

PRINTED
IN
ESPAIN

IMPRESA HIJOS DE E. MINUESA, S. L.
Ronda de Toledo, 22.-Teléfs. 273157 y 272463

M A D R I D



INDICE

	Páginas
I.—ESTUDIOS	
<i>Jurisdicción competente en cuestiones contenciosas en materia de Seguros Sociales Obligatorios</i> , por FERNÁNDO SÁNCHEZ MONÍS... ..	737
<i>La Seguridad Social en Bélgica</i> , por el Dr. DIONISIO BIKKAL... ..	787
II.—CRONICAS E INFORMACIONES	
<i>Internacional.</i>	
Unión Internacional de Organismos Familiares. — Conferencia Internacional de la Familia... ..	847
Ratificación del Convenio italo-austriaco sobre Seguros sociales.	848
Ratificación del Convenio firmado entre Italia y El Sarre sobre Seguro de Paro	848
NOTICIAS IBEROAMERICANAS :	
<i>Argentina.</i>	
Bonificaciones a los jubilados de la Caja del Personal de la Industria	849
Beneficios abonados por las Cajas Nacionales de Previsión Social.	849
<i>Cuba.</i>	
Tres nuevas Cajas de Seguro Social... ..	850
Caja de Retiro de los Trabajadores de la Industria del Calzado, Pielés, sus Derivados y Conexos... ..	853
Caja de Seguro de Pensión para Funcionarios, Empleados y Obreros del Seguro de Salud y Maternidad... ..	854
<i>España.</i>	
Ha fallecido el Profesor García Oviedo... ..	854
Aumento de las prestaciones del Seguro de Vejez e Invalidez... ..	855
Aumento de la escala de prestaciones del Subsidio Familiar... ..	856
<i>Méjico.</i>	
Características del Seguro Social en los trabajos del campo... ..	857
<i>Nicaragua.</i>	
Anteproyecto de Ley del Seguro Social... ..	860
<i>Paraguay.</i>	
Nueva Ley de jubilaciones y pensiones de empleados ferroviarios.	861
<i>Puerto Rico.</i>	
Disminución de los accidentes del trabajo... ..	863
NOTICIAS DE OTROS PAÍSES :	
<i>Australia.</i>	
Seguro médico voluntario... ..	864

<i>Canadá.</i>	
Mejoras del Seguro de Paro.....	866
<i>Estados Unidos.</i>	
Aumento de los subsidios de paro en 16 Estados.....	867
<i>Francia.</i>	
Oposición al proyecto de Ley de autonomía de las Cajas de Retiro.....	868
Asamblea General de la Unión Nacional de Cajas de Subsidios Familiares.....	868
<i>Polonia.</i>	
Reorganización de la Administración de los Seguros Sociales.....	869
<i>Tailandia.</i>	
Nueva Ley de Seguro Social.....	872

III.—LEGISLACION

<i>Bélgica.</i>	
Decreto-Ley de 17 de junio de 1955, sobre el Reglamento General del Régimen de retiro y supervivencia de los obreros.....	877

IV.—LECTURA DE REVISTAS

<i>Revistas iberoamericanas.</i>	
DR. KAZEM DRAIBY: <i>De la rehabilitación profesional de los inválidos y de la prevención de la invalidez</i>	903
AQUINALDO MIRANDA SIMOES: <i>Asistencia y Previsión Social de los Abogados</i>	905
MANUEL NOFUENTES G. MONTORO: <i>El Seguro Escolar y su prestación por accidente escolar</i>	907
ITZHAK KANEW: <i>El Seguro Social Nacional en Israel</i>	917
DR. JUAN PEDRO DE LA CÁMARA: <i>Las relaciones entre médicos y asegurados</i>	922
PATRIA ALTAGRACIA DEL CARMEN CORNELIO LÓPEZ: <i>La niñez como fuente primordial de previsión</i>	928
EUGENIO BLANCO RODRÍGUEZ: <i>El Mutualismo Laboral y el Seguro Obligatorio de Accidentes del Trabajo</i>	930
OSCAR CONTRERAS MARRÓN: <i>Previsión Social y cooperación</i>	933
JUAN TOHARIA CÁTEDRA: <i>La responsabilidad por el riesgo de silicosis</i>	935
<i>De otros países.</i>	
MILE. THRO: <i>Una experiencia del servicio social de prevención realizada por la Unión Departamental de las Asociaciones Familiares del Norte</i>	937
DR. FERDINAND REICHEL: <i>El Seguro Social en China</i>	938
O. I. T.: <i>Resultados financieros de la aplicación de la legislación de Seguridad Social en Argelia</i>	939
DR. SABURO SHIRASUGI: <i>El Seguro y la Seguridad Social en el Japón</i>	950
P. BROUSSOLLE, CL. NACHIN y M. T. JACOMIN: <i>Un año de investigación social en el servicio de un hospital psiquiatra</i>	959
JAC. SERVAIS: <i>El Seguro de Enfermedad y de Accidentes en Dinamarca</i>	961

V.—RECENSIONES

Garrido y Comas, J. J.: «El Contrato de Seguro».—Publicaciones y Ediciones Spes, S. A.—Barcelona, 1954... ..	973
López Jacoiste, José F. Javier: «El arrendamiento como aportación social».—Editorial Gómez.—Pamplona, 301 páginas... ..	974
Report of the Ministry of Health.—Londres, septiembre de 1955. 242 páginas... ..	976
Institut National pour l'Assurance contre les Accidents sur le travail. «Notices Statistiques». 1949. — Service Statistique Actuariel.—Rome, 1952	979
Bureau International du Travail: «La Sécurité dans les mines de charbon».—Volumen II.—Lois et règlements.—Genève, 1955....	980
Ministère du Travail et de la Prevoyance Sociale. Office National de Sécurité Sociale (O. N. S. S.).—Dixième Rapport Annuel.—Exercice 1954.—Bruselas, 1955... ..	981
García Muñoz, Guillermo Enrique: «Estudio comparado del Derecho de Trabajo español y chileno» (Memoria de prueba para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Chile). — Santiago de Chile, 1953, 79 páginas... ..	983
Pizarro, Federico G. de: «Magistratura y procedimiento de los juicios del trabajo en la legislación chilena y española» (Memoria de prueba para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Chile).—Santiago de Chile, 1953, 102 páginas... ..	984
Bureau International du Travail: «Les Systèmes D'Assurance-Chômage».—Genève, 1955... ..	984
Bureau International du Travail: «Techniques administratives de L'Assurance Sociale».—Genève, 1955... ..	985
Conferencia Internacional del Trabajo: «La formación profesional en la agricultura».—XXXIX Reunión.—1956.—Cuarto punto del Orden del día. — Oficina Internacional del Trabajo. — Ginebra, 1955... ..	986
Capdevila Serra, José: «La primordial contribución del Maestro de Enseñanza Primaria al entusiasmo por el agro y al arraigo rural».—Madrid, 1955... ..	986

I.- ESTUDIOS

JURISDICCION COMPETENTE EN CUESTIONES CONTENCIOSAS EN MATERIA DE SEGUROS SOCIALES OBLIGATORIOS

por *Fernando Sánchez Monis*

PARTE PRIMERA

Reclamaciones administrativas y cuestiones contenciosas en materia de Seguros Sociales Obligatorios.

I.—INTRODUCCIÓN

El problema de la jurisdicción competente en cuestiones contenciosas en materia de Seguros Sociales ha suscitado en España la atención de numerosos publicistas, que lo han estudiado con profundidad y acierto innegables (1).

Así como las cuestiones contenciosas directamente derivadas del contrato o relación de trabajo han sido atribuidas, sin

(1) PÉREZ BOTIJA: *El Régimen Contencioso de los S. S.* «Boletín de Información del Instituto Nacional de Previsión», núms. 6-7-8-9, 1943.

OLAVARRÍA TÉLLEZ: *La reclamación judicial por incumplimiento de la obligación de afiliación en los Regímenes de Vejez.* «Boletín de Información del Instituto Nacional de Previsión», núm. 9, 1941.

PERPIÑÁ RODRÍGUEZ: *La jurisdicción de Previsión en el Derecho positivo español.* «Boletín de Información del Instituto Nacional de Previsión», número 4, 1946.

BERNAL MARTÍN: *Las previas reclamaciones administrativas y la Jurisdicción del Trabajo.* «Boletín de Información del Instituto Nacional de Previsión», número 12, 1945.

apenas dudas ni vacilaciones, a la Magistratura de Trabajo, como órgano especial instituido por el Estado con carácter único para la jurisdicción contenciosa en la rama social del Derecho, las especiales características de los Seguros Sociales han dado lugar a diversos criterios respecto al alcance de la jurisdicción de dicha Magistratura en esta materia.

El deseo de esclarecer o, al menos, centrar este problema, nos mueve a emprender el presente estudio, en el que hemos de ocuparnos, por supuesto, de analizar la legislación positiva vigente en nuestra Patria sobre esta cuestión y, asimismo, de trazar en el terreno teórico o especulativo algunas soluciones posibles.

Por otra parte, sin pretender atribuirnos ninguna facultad de definición dogmática, tan difícil de ejercitar siempre en estas materias, y tan lejos de nuestra capacidad y alcance, nos esforzaremos en esclarecer, con la mayor sencillez posible, los conceptos fundamentales directamente enlazados con la cuestión.

II. — NATURALEZA Y CARÁCTER DE LOS SEGUROS SOCIALES OBLIGATORIOS

A) *Concepto*.—En otro lugar, al ocuparnos de determinar el concepto del Seguro Social (1), hicimos un estudio de sus fines y contenido para terminar, definiéndolo como la «Institución de Derecho público, cuyo fin es atender de modo adecuado las necesidades eventuales ocasionadas por los riesgos o contingencias que gravitan sobre los trabajadores, mediante la solidaridad de los elementos de la Producción y el Estado, en un sistema equitativo de compensación de estas cargas».

Es, pues, según nuestro concepto, ante todo, el Seguro

(1) F. SÁNCHEZ MONÍS: *Aportación a la elaboración del concepto del Seguro Social*, núms. 17 a 20 de «Seguridad Social». Bogotá.

Social una Institución de Derecho público; es decir, una entidad jurídica reconocida, definida y protegida por el Derecho público, que, para el cumplimiento de sus fines, establece en el ordenamiento jurídico un estatuto legal complejo que comprende desde las normas orgánicas de las entidades públicas que hayan de ocuparse de su gestión—como verdadero servicio público—, hasta las que establecen detalladamente las obligaciones y derechos en que, en último término, se resuelve la realización práctica de la institución del Seguro Social.

El Derecho, una vez ha entendido que existen unos intereses que, por su valor humano y ético, han de protegerse, trama alrededor su sistema de normas, y, al adquirir ésta la necesaria vigencia formal, crea en torno suyo un complejo de derechos y obligaciones que afectan a determinadas personas.

B) *El Seguro Social y los derechos subjetivos.*—El Seguro Social, institución jurídico-pública, entraña también uno de estos complejos, que se resuelven en un delicado equilibrio de derechos y deberes jurídicamente establecidos, definidos y protegidos.

En suma, estimamos que los Seguros Sociales, creados y regulados por las Leyes y demás normas jurídicas del Estado, son, por la virtud de éstas, núcleo y centro de una serie de derechos subjetivos establecidos en favor de ciertas personas que, por la virtud y al amparo de esas normas jurídicas, devienen verdaderos titulares de esos derechos y, por consiguiente, en potenciales ejercientes de los mismos o reclamantes de su eficaz aplicación y defensa.

Las propias normas jurídicas establecerán las condiciones precisas para que una persona pueda ser investida de los derechos por ellas instituidos y de los requisitos que se precisen para pretender la protección jurídica de los mismos; pero no hay duda que, una vez cumplidas aquellas condiciones y

estos requisitos, la persona queda constituida en verdadero titular de un derecho subjetivo (1) nacido de la Ley, al amparo de la cual puede ejercitarlo libremente, con plena garantía de respeto y no perturbación por parte de todos.

Los derechos concedidos por el Derecho social, en general, y más particularmente por las Leyes que regulan en España los Seguros Sociales Obligatorios, son irrenunciables y amparan al individuo directamente por la misma fuerza de la Ley. Ciertamente que esta protección muchas veces requiere el cumplimiento de una serie de requisitos, ya lo hemos visto antes, pero una vez cubiertos, la Ley actúa concediendo verdaderos derechos subjetivos al individuo.

La condición de trabajar por cuenta y bajo dependencia ajena es, por ejemplo, en muchos casos, y con carácter casi general, necesaria para obtener esa protección, mas tampoco absoluta e imprescindible, puesto que, en algunos aspectos, los trabajadores autónomos y otros asimilados también son sujetos de ciertos derechos en materia de Seguros Sociales.

Siendo, pues, esto cierto, y no cabe dudarlo a nuestro juicio, creemos poder sentar el punto de partida en la investigación que hemos de emprender.

C) *Definición y protección jurídica de los derechos dimanantes del Seguro Social.*—Existen derechos subjetivos a favor de ciertas personas en virtud de las normas jurídicas reguladoras de la institución de los Seguros Sociales; pero el ejercicio de estos derechos puede estar condicionado a su declaración expresa en cada caso concreto mediante actos, generalmente de carácter administrativo, por parte de los órganos públicos encargados de la gestión de los referidos Seguros, o, en otros supuestos, pueden ser objeto de violación y ataque en su ejercicio y disfrute por parte de terceros que pretendan negar o desconocer tales derechos subjetivos, y por

(1) V. C. MARTÍ BUFILL: *Tratado comparado de Seguridad Social*. Instituto Nacional de Previsión. Madrid, 1951, segunda parte, págs. 140 y siguientes.

ello, a semejanza de lo que acaece en las demás ramas del Derecho, es imprescindible que el Estado, como definidor y protector del orden jurídico, impida la violación, la negación o el pernicioso desconocimiento del derecho de que alguno es legítimo titular y reponga a éste en el pleno y pacífico disfrute del mismo, o declare, en caso de duda o controversia, quién sea ese legítimo titular. Esta función de aplicar y proteger el derecho constituye, no hay que decirlo, una verdadera y auténtica función jurisdiccional.

Que la naturaleza de los derechos sea privada o pública, no puede llevar a otras consecuencias en este aspecto, y en un Estado de Derecho, sino al establecimiento de adecuados sistemas jurisdiccionales que, por razón de la diversa especie de los derechos protegidos, se organice y funcione de varia forma, pero esencialmente, en todo caso, la aplicación y definición de los derechos particulares y concretos de las personas es una función jurisdiccional verdadera.

Conviene, no obstante, distinguir, para mayor precisión, dos funciones, en cierto modo diversas, a los fines de distinguir también más tarde dos aspectos, fases o procedimientos: el que persigue la aplicación a un determinado sujeto de uno o varios derechos legalmente establecidos, a cuya titularidad se aspira por cumplir las condiciones fijadas, a fin de que se declare a su favor esa titularidad y se verifique, efectiva y prácticamente, el reconocimiento de ese pretendido derecho —no contradicho ni discutido por nadie—, para poder, «in actu», ejercitarlo libre y pacíficamente en lo sucesivo, mientras continúe cumpliendo las condiciones exigidas en Derecho; o aquella otra función en la que se persigue la defensa, declaración y protección de un derecho cuya titularidad, al menos virtual, ya se tenía, pero cuyo ejercicio se ha visto perturbado, oponiéndose por otro, o varios, la duda sobre su existencia, o impidiendo prácticamente su realización mediante una actitud contraria impeditiva.

Con la primera función se pretende la *constitución* efectiva y concreta de una titularidad jurídica de un derecho público establecido en abstracto y con carácter general por la Ley, para poder, al amparo de ella, y una vez constituido titular de tal derecho, gozar y disfrutar de su ejercicio; con la segunda, *un titular ya constituido* de un derecho concreto *solicita su defensa jurídica* ante el desconocimiento o el ataque contra su libre ejercicio.

La función primera, no siempre necesaria, pues la Ley puede reconocer y establecer, con carácter general, derechos cuya titularidad pueda directamente asumirse sin necesidad de acto constitutivo especial, es, a nuestro juicio, jurisdiccional en un sentido amplio, pero no del todo exacto, pues más bien, y en un sentido más propio, es función administrativa, es decir, acto por el cual la Administración pública decide, como órgano ejecutivo del Estado, sobre la aplicación o ejecución de un determinado precepto legal y de un derecho público en él contenido a una persona que pretende tener las condiciones precisas para que tal derecho le sea personalmente atribuido, aunque no le haya sido negado ni se haya controvertido por un tercero tal pretensión.

La segunda función constituye, por el contrario, la Jurisdicción propiamente dicha, y a ella nos referiremos cuando hagamos en este estudio alusión a tales términos.

III. — CUESTIONES CONTENCIOSAS EN MATERIA DE SEGUROS SOCIALES OBLIGATORIOS

A) *Términos personales.* — La institución del Seguro Social, creada y regulada por la Ley, requiere unos medios y unos órganos capaces y adecuados a la realización de sus fines, por lo que, al tiempo que las normas jurídicas establecen éstos y definen derechos en favor de determinadas personas, en supuestos también determinados, se ve precisada a

crear los órganos o instrumentos necesarios para la práctica de tales derechos, y que sean aptos para la realización de la actividad precisa para verificar su contenido esencialmente patrimonial, económico y social.

La institución de estos órganos y la dirección de su funcionamiento constituye una verdadera actividad administrativa del Estado, equiparable a la que precisa la instauración y ejercicio de cualquier servicio público creado para la realización de fines públicos, y, en este sentido, toda esta esfera de acción se halla de lleno situada en el campo del Derecho administrativo. El será el que regule la organización y funcionamiento de las instituciones o centros gestores de los Seguros Sociales, y reglamentará también el sistema de trámites y requisitos que en cada caso sean necesarios para la pronta y eficaz administración de los medios con que cuente el Seguro Social para la realización de sus fines.

Considerando, pues, esta innegable realidad, a saber: la existencia de uno o varios órganos de la Administración pública dedicados a la gestión del Seguro Social, podemos dejar afirmada también la existencia de uno de los términos personales entre los que puede mediar, como consecuencia del fluído de derechos y deberes jurídicos, una relación contenciosa.

Del concepto dado más arriba del Seguro Social deducimos la existencia de los otros dos términos personales injeridos en esta institución: el trabajador y el empresario—elementos de la producción—, en los que se integran la fuerza, el trabajo, la organización, el capital y los demás medios instrumentales del proceso económico productivo.

En efecto, aparte de lograr un anhelo de paz mediante el cumplimiento de la justicia social, el fin inmediato de los Seguros Sociales es proteger al trabajador contra los riesgos y contingencias que le amenacen, y, por ello, es no sólo su destinatario, sino su verdadero sujeto y su última razón. Los

Seguros Sociales existen para el hombre, para dotarle de una vida digna de su valor trascendente y para garantizarle el cumplimiento de sus más vitales necesidades físicas y espirituales; todo lo demás tendrá un valor instrumental y de medio, tanto mayor cuanto más apto se muestre para la eficaz realización del fin propuesto.

La garantía de estos altos intereses cristaliza, a través del ordenamiento jurídico, en la institución del Seguro Social, y el individuo—el trabajador—, dentro de él, se constituye en principal sujeto de los derechos que la norma objetiva establece para su subjetivización. De hecho, el trabajador protegido por el Seguro Social es el titular de la mayor parte de los derechos que éste establece, o, al menos, lo es en potencia.

La Empresa, el otro elemento de la producción, es en el Seguro Social otro término personal susceptible de derechos y obligaciones; mas queda ya dicho que su papel en esta institución es, como el del Estado, de una marcada tendencia patrocinadora, plena de responsabilidades y cargas, y aunque no desprotegida por el Derecho, está más bien destinada al cumplimiento de muy serias obligaciones impuestas por la Ley.

Entre estos tres términos personales—Administración pública, Trabajador y Empresa—ha de producirse la corriente equilibrada de derechos y obligaciones que implica la institución del Seguro Social, y, en tanto será éste más perfecto y eficaz, en cuanto cada uno de estos términos personales cumplan más puntualmente sus correspondientes cargas y respete las correlativas facultades y derechos.

B) *Reclamaciones administrativas y cuestiones contenciosas.* — Pero como este perfecto equilibrio puede no establecerse o llegar a romperse, es preciso, a fin de que no quede impune la violación del derecho, que se declare eficazmente el que pertenece a su legítimo titular y se le garantice su ejercicio, aun cuando haya sido de hecho y efectivamente pre-

tendida su negación por alguien, y esta labor de enderezamiento del derecho desviado o roto pertenece en un Estado de Derecho, al propio Estado, ante el que el interesado en la declaración de su derecho, ha de instar la debida actividad, y ante el que, también, habrá de dar razón de su actitud y responder plenamente aquel que pretendió la negación o perturbación del derecho.

He aquí la esencia de la jurisdicción contenciosa, controversia suscitada entre dos o más personas ante los órganos adecuados del Estado para que, mediante éstos, se defina válida y eficazmente la existencia concreta de un determinado derecho y se atribuya a un determinado titular, imponiendo a los demás el deber de respetar tal determinación y realizar todo aquello a que pueda resultar obligado en virtud de la misma.

Por consiguiente, en el terreno del Seguro Social, las cuestiones contenciosas podrán suscitarse: entre los órganos administrativos y los trabajadores, entre éstos y las Empresas y entre éstas y los órganos de la Administración, de modo independiente o conjunto, simultánea o sucesivamente.

En efecto, el trabajador puede estimar que los órganos del Seguro le niegan un derecho cuya titularidad potencial la Ley le había atribuido en ciertas circunstancias, infringiendo lo dispuesto por la misma Ley, por error o por cualquier otro motivo, y en esta situación es preciso que el trabajador cuente con una tutela jurídica que, amparándole, actúe contra los propios órganos de la Administración encargados de la gestión del Seguro Social, y esta tutela ha de consistir, aparte de un régimen jurídico del procedimiento administrativo que marque la pauta del obrar de la Administración, en un verdadero sistema contencioso contra esta Administración cuando ésta, revisada su actuación en su propio seno para evitar posibles errores, ha confirmado y dado validez y solidez definitiva a su resolución.

Las posibles reclamaciones contenciosas contra la Administración del otro término personal —la Empresa— tienen similar configuración y contenido, y exigen, por tanto, la posibilidad de que, con las debidas garantías jurídicas, puedan contender ambas partes ante órganos del Estado dotados de independencia y verdadero poder de Jurisdicción que declaren el derecho controvertido. Semejante actuación constituye la mejor garantía de justicia y eficacia en la marcha de la Administración, a la que no se priva, por otra parte, de revisar sus propias decisiones y de la facultad de modificarlas a través de un procedimiento peculiar y en su propio seno, y sin mermar tampoco la potestad que como órgano del Estado tiene en otros aspectos de su actividad.

Que puedan existir contiendas jurídicas entre los términos personales que venimos citando, Administración-trabajador y Administración-Empresa, no es necesario remarcarlo; lo que sí será, tal vez, conveniente es perfilar con algún detenimiento los sistemas que puedan adoptarse para hacer viable este régimen contencioso con las mayores garantías de justicia y eficacia.

En primer lugar creemos conveniente admitir, con carácter general, que los órganos de la Administración, jerárquicamente establecidos, deben tener la posibilidad de revisar sus decisiones de modo que se determine cuál de ellos, de carácter superior, deberá ser el que diga la última palabra y vincule a la Administración a estar y pasar y atenerse a ella ante una posible reclamación contenciosa posterior fuera del ámbito de su propia competencia.

Y por lo que respecta a la gestión y administración de los Seguros Sociales, pensamos que los actos adoptados por el Instituto Nacional de Previsión, como órgano autónomo descentralizado de la Administración pública del Estado, deberían, en todo caso, ser objeto de un recurso en esta vía administrativa o, como dicen otros, gubernativa, que resolvería.

como se viene haciendo casi con carácter general, la Dirección General del Ramo, y que esta resolución debería considerarse última y definitiva en esta vía.

La contienda interna, dentro del seno de los órganos de la Administración, no debería considerarse como una cuestión propiamente contenciosa, y el procedimiento establecido para regularlo debería denominarse estrictamente administrativo, dejando el apelativo de contencioso para una posterior vía en que habría de entrarse ante órganos jurisdiccionales propiamente dichos—independientes de los administrativos anteriores—, que, según un procedimiento netamente contencioso, debatieran y resolvieran la controversia planteada entre el obrero o la Empresa y la Administración que había adoptado en el asunto una decisión propia, definitiva y ante sí misma inapelable.

En suma, creemos que debería considerarse abierta la puerta del llamado por nuestro derecho positivo «procedimiento contencioso-administrativo» para substanciar y resolver las controversias que se plantearan entre los particulares y la Administración como consecuencia de la aplicación de la legislación propia de los Seguros Sociales.

Preciso será, por otra parte, que se determine la materia que pudiera ser objeto de este régimen y que se arbitraran las soluciones necesarias para que este procedimiento contencioso se desarrollara con la rapidez y fluidez que las especiales características de esta materia exige, y que no creemos esencialmente incompatibles con dicho sistema, que constituye, por otra parte, una sólida garantía jurídica del derecho de los particulares y del prestigio y buen funcionamiento de la Administración.

Por lo demás, creemos que articulada una legislación revisada de los Seguros Sociales vigentes y establecidos requisitos y supuestos lo más firme y seguro posibles para evitar la elasticidad en las apreciaciones de hechos, habría de redu-

cirse más de lo que a primera vista parece el volumen de esta clase de reclamaciones contenciosas, y aunque así no fuera, las razones apuntadas que aconsejan su adopción son, en todo caso, de mucha mayor entidad y trascendencia que unas meras consideraciones oportunistas o utilitarias.

C) *Las cuestiones contenciosas entre trabajadores y Empresas en materia de Seguros Sociales.*—Consideración aparte merecen las reclamaciones contenciosas que puedan suscitarse entre trabajadores y Empresas con motivo de la aplicación de los Seguros Sociales, pues, con frecuencia, la negativa al reconocimiento de un derecho en ellos establecido, que la Administración resuelve, tiene su origen en el incumplimiento de determinadas obligaciones previas de la Empresa, por cuya omisión se produce la falta de algún requisito legal necesario y la consiguiente destitución al trabajador de su pretendido y potencial derecho. Piénsese, por ejemplo, en la falta de afiliación o en la interrupción indebida en la cotización, etc. La negación del derecho a una determinada prestación o beneficio que del Seguro Social había normalmente de derivarse a favor del trabajador, tiene en este caso su fundamento para la Administración en la falta de un requisito esencial que habría de cumplir el peticionario, y, por consiguiente, en puro derecho, tal decisión denegatoria de la Administración es correcta, y aunque se declarara impugnada, hasta llegar incluso a la vía contencioso-administrativa, no sería, evidentemente, este el camino a seguir, ya que en él nunca se lograría subsanar el defecto básico de la falta del requisito de afiliación o cotización del supuesto que como ejemplo estamos considerando.

Es evidente que en este caso, ante la negativa del pretendido derecho, fundada en tales causas, el trabajador afectado —término personal del Seguro Social— debería convertirse en término personal de una relación contenciosa dirigida contra la Empresa causante, con la infracción e incumplimiento de

sus deberes, de su denegación y actual desamparo por parte del Seguro.

En la mayor parte de los casos, esta relación contenciosa entre trabajador y Empresa agotaría, o asumiría al menos, el mayor coeficiente de reclamaciones de esta especie, y por su contenido fundamentalmente económico, aunque siempre teñido de su matiz social, debería ser tratado procesalmente ante un órgano verdaderamente jurisdiccional, totalmente desligado de la Administración, dotado de una especial soberanía y dueño de un procedimiento rápido y eficaz.

En nuestro ordenamiento positivo existe este órgano, la Magistratura de Trabajo, y ella, en materia de Seguros Sociales, es la competente para conocer y resolver de las cuestiones contenciosas que se susciten entre trabajadores sujetos de los citados Seguros y los empresarios no exentos de estos regímenes de Previsión Social.

Cualquier deficiencia, ausencia, daño o perjuicio que acerca de la concesión de prestaciones de los Seguro Sociales afectara a cualquier trabajador como correlativa consecuencia a una infracción e incumplimiento de sus peculiares deberes del empresario, deberían tener su solución ante esta jurisdicción, sin injerir, desde luego, en modo alguno y en esta vía, a los órganos de la Administración gestores de tales Seguros, cuya responsabilidad habría podido exigirse previamente en la vía llamada gubernativa o administrativa, pero que, en verdad, no afecta a esta cuestión.

Preciso será, sin duda alguna, que para no esterilizar la eficacia del Seguro ante una situación semejante se arbitren medios subsidiarios para la concesión de las prestaciones negadas por la infracción de la Empresa; pero este problema no entra dentro del ámbito procesal en que ahora nos hallamos, y no cabe duda que podrá tener su adecuada solución sin perturbar el sistema contencioso que estamos trazando.

PARTE SEGUNDA

Las reclamaciones administrativas en los Seguros Sociales según el derecho vigente. Vía gubernativa.

• Señalados los límites, el contenido y la razón de ser de esta vía administrativa o gubernativa en un terreno teórico como camino previo al planteamiento de la verdadera reclamación contencioso-administrativa entre los particulares y la Administración, y como medio para conseguir de ésta la revisión de sus decisiones y su eventual rectificación o una resolución definitiva sobre la que entablar la controversia jurídica en una vía propiamente jurisdiccional, hemos de ocuparnos de estudiar los preceptos de la legislación española vigente que regulan esta materia, para apreciar si, de acuerdo con los mismos, es factible el sistema anteriormente expuesto en la práctica o si, por el contrario, nuestro derecho positivo, aun ofreciendo medios para llegar a las soluciones antes apuntadas, precisaría de determinadas modificaciones que las hicieran verdaderamente viables.

Analizaremos los preceptos específicos de los distintos regímenes de Seguros Sociales Obligatorios, excluido el Seguro de Accidentes del Trabajo por su especial configuración dentro de nuestro sistema legislativo, y veremos los caminos y los medios que se establecen para entablar reclamaciones o recursos contra las decisiones de los órganos de la Administración pública encargados de la gestión de dichos Seguros Sociales. Comenzando por fijar, dentro de la Administración pública española cuál sea la posición y el entronque del órgano gestor de los regímenes de Seguros Sociales Obligatorios, para poder así determinar los grados jerárquicos en que se substancien y resuelven los recursos o reclamaciones administrativas que pudiéramos denominar «cuasi - contenciosas» o «pre-contenciosas» a que hemos aludido antes, y que vienen llamándose de la «vía gubernativa».

I.—LOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS EN MATERIA DE SEGUROS SOCIALES OBLIGATORIOS EN LA VÍA GUBERNATIVA SEGÚN LAS NORMAS ORGÁNICAS Y DE PROCEDIMIENTO DEL MINISTERIO DE TRABAJO

A) *Normas orgánicas.* — El Decreto de 4 de agosto de 1952, por el que se aprobó el Reglamento orgánico del Ministerio de Trabajo, nos da, como antecedente inmediato, el punto de partida para esta investigación, sin que consideremos preciso a nuestros fines remontarse a otros más remotos, ya que en dicho Reglamento se establece, con el suficiente detalle y claridad, que dicho Departamento se organiza en una Subsecretaría y en tres Direcciones Generales, denominadas de Trabajo, de Previsión y de Jurisdicción del Trabajo, respectivamente.

Esta estructuración nos advierte, primero, de la existencia de una propia y verdadera jurisdicción laboral, y segundo, nos muestra el centro directivo superior al que están encomendados los Seguros Sociales: la Dirección General de Previsión.

El artículo 54 de este Reglamento orgánico establece la composición de esta Dirección General de Previsión, que está integrada, además de una Secretaría General, por las Secciones de Subsidios y Seguros Sociales, de Accidentes del Trabajo, de Cajas de Ahorro, de Cooperativas, de Montepíos y Mutualidades Laborales, de Familias Numerosas y de Recursos de Previsión.

No cabe duda, pues, a tenor del precepto referenciado, que cuanto se relaciona con la Previsión y Seguros Sociales entra de lleno, junto con otras materias estrechamente a ellos relacionadas, dentro de la esfera de la competencia administrativa de esta Dirección General de Previsión.

Dedicando nuestra atención preferente en este momento a la Sección de Seguros Sociales, veamos el cometido que el

Reglamento orgánico le asigna expresamente. Dice su artículo 58: «A la Sección de Seguros y Subsidios Sociales Obligatorios le compete el estudio, régimen y desenvolvimiento de los Seguros Sociales Unificados y Complementarios.»

Señala después este precepto legal los Negociados de que la Sección está compuesta y detalla su respectiva competencia. Analizada ésta por lo que respecta a los Regímenes de Seguros Sociales, puede resumirse así:

Primero. Funciones de relación administrativa con los Servicios del Instituto Nacional de Previsión, informe sobre el funcionamiento de tales Servicios, conocimiento e informe sobre los balances técnicos y planes de inversiones de los Regímenes de Subsidios Familiares y de Vejez y de las circulares que para la ejecución de las disposiciones del Ministerio acuerde publicar el Instituto Nacional de Previsión.

Segundo. Funciones de trámite e informe sobre recursos en materia de Seguros Sociales de Vejez y Subsidios Familiares referentes a declaración de beneficios y concesión de prestaciones, y las reclamaciones y demás incidencias en que el Ministerio haya de intervenir motivadas por su aplicación e igualmente cuantas consultas hagan referencia específica a estos Regímenes.

Este segundo apartado, que corresponde a los señalados con los números 4 y 5 del artículo 58 del repetido Reglamento orgánico, perfila con detalle la competencia que en materia de recursos y reclamaciones sobre los Regímenes de Seguros Sociales tiene atribuida la Dirección General de Previsión, y que se extiende ampliamente a las cuestiones «pre-contentiosas» que puedan plantearse en esta materia, tanto se refieran a la declaración de beneficios y concesión de prestaciones (y a éstas parece atribuirse específicamente la denominación de *recursos*) como a *otras reclamaciones* e incidencias derivadas de dichos Regímenes.

Por lo que respecta al organismo competente dentro del

Ministerio de Trabajo, para tramitar y resolver las reclamaciones o recursos que pudieran promoverse con motivo de la aplicación de las prestaciones económicas del Seguro de Enfermedad, unificado con los otros dos Regímenes citados en cuanto al campo de aplicación, en virtud de lo dispuesto por los Decretos de 29 de diciembre de 1948 y cuya gestión en este mismo aspecto está encomendada al Instituto Nacional de Previsión, no hallamos expreso precepto en el Reglamento orgánico, y habrá que estar a lo que se establezca en la legislación específica y peculiar de dicho Seguro.

Finalmente, en el artículo 64, que se ocupa de establecer la competencia de la Sección de Recursos de Previsión, se concede a ésta una amplia zona de acción en materias varias, que van desde los recursos que se interpongan por los empresarios contra actas de la Inspección de Trabajo por incumplimiento de las disposiciones sobre Seguros Sociales hasta algunas cuestiones propias del Régimen de Subsidios Familiares.

Réstanos, por último, consignar que el artículo 92 del Reglamento orgánico del Ministerio de Trabajo preceptúa que el Instituto Nacional de Previsión, junto con otros organismos que menciona, *dependerá también del Ministerio*, y continuará rigiéndose por sus propias disposiciones. Esta declaración, y el mismo título que se da al capítulo VI del Reglamento, en que aparece encuadrado, «Otros organismos del Ministerio», apoyan fundadamente la tesis, que por otros motivos, y basándose en otros antecedentes, mantenemos de que el Instituto Nacional de Previsión es una entidad de Derecho público con personalidad jurídica propia, órgano autónomo en régimen de descentralización de servicio, perteneciente a la Administración pública del Estado; tesis que habrá de tenerse constantemente en cuenta cuando tratemos de centrar y resolver el problema de la competencia jurisdiccional en materia de reclamaciones contenciosas sobre Seguros Sociales.

B) *Normas de procedimiento administrativo.*—Completando el estudio acerca del órgano superior de la Administración pública en materia laboral, el Ministerio de Trabajo, haremos ahora una referencia al Reglamento de Procedimiento Administrativo de dicho Departamento, aprobado por Decreto del Ministerio de Trabajo de 2 de abril de 1954.

Al determinar el artículo 1.º la extensión de aplicación de este Reglamento, se refiere expresamente a los expedientes procedentes de los *organismos autónomos dependientes del Departamento*, enumerados en el artículo 92 del Reglamento orgánico, de 4 de agosto de 1952 (entre los que se encuentra, como acabamos de ver, el Instituto Nacional de Previsión), cuando requieran acuerdo o resolución del Ministerio.

Queda, pues, claramente determinada la sumisión que, a los efectos del procedimiento administrativo, acoge a los expedientes procedentes del Instituto Nacional de Previsión dentro del seno del Ministerio, que quedan sometidos a las normas que el Reglamento de Procedimiento establece, y, por ello, es de gran interés su estudio y consideración para determinar hasta qué grado podrán llegar, dentro del Departamento ministerial, las reclamaciones o recursos que en materia de Seguros Sociales hayan de elevarse al mismo para su resolución en virtud de lo preceptuado por sus respectivas normas legales y reglamentarias.

No puede bastarnos saber que estos recursos habrán de ser resueltos por la Dirección General de Previsión, sino que precisamos conocer el procedimiento que para su resolución haya de seguirse, y asimismo el trámite ulterior que para una última resolución pudiera darse si procediera. En definitiva, como hemos visto en la primera parte de este estudio, importa determinar si la Administración ha dicho su última palabra, para considerar sobre la posibilidad de la apertura de un procedimiento netamente contencioso entre el particular y dicha Administración.

Es de especial importancia a estos efectos el capítulo VII del Reglamento de Procedimiento citado, que se intitula «De los recursos».

Cuatro son las clases de recursos que se establecen: 1.º De alzada. 2.º Extraordinario de revisión. 3.º De queja; y 4.º Extraordinario de nulidad.

Siempre que se den las circunstancias y requisitos que para cada uno de estos recursos se establecen en el Reglamento podrá, mediante ellos, impugnarse los acuerdos adoptados por las autoridades u *organismos dependientes* del Ministerio de Trabajo.

Recordemos que el Instituto Nacional de Previsión se encuentra entre estos organismos dependientes, según hemos visto más arriba, y consideremos, por consiguiente, que, a menos que existiera alguna norma específica expresa que lo prohibiera, a partir de la fecha de la publicación del Reglamento de Procedimiento Administrativo del Ministerio de Trabajo, todos los acuerdos adoptados por el Instituto Nacional de Previsión en materia de Subsidios y Seguros Sociales podrán ser objeto de impugnación mediante los recursos referidos ante el propio Ministerio, con los trámites y requisitos que el mismo Reglamento establece.

Es, por consiguiente, de grandísima importancia dedicar a estos preceptos de procedimiento administrativo la máxima atención.

Como efectos generales de aplicación a toda clase de recursos se señalan, en primer lugar, el efecto suspensivo del acuerdo recurrido por la interposición de un recurso, salvo perjuicios extraordinarios de interés público.

La consignación es otro requisito general en la admisión de toda clase de recursos cuando se interpusiera contra una resolución que hubiera impuesto una sanción económica o en materia de liquidaciones, sin perjuicio de lo que para casos concretos se hubiera establecido, principalmente mediante la

consignación simultánea de recargos o aumentos por sanciones.

También señala como normas generales de aplicación a toda clase de recursos los trámites de notificación de resoluciones y devolución de expedientes y el de petición de aclaración de los fallos en caso que se advirtiera en los mismos error material o de cuenta, o se hallara manifiesta contradicción.

De todos los recursos que el Reglamento regula es, sin duda, el de mayor interés para nuestro estudio el de *alzada*, por ser el que, con carácter general, establecen las normas legales y reglamentarias reguladoras de los Seguros y Subsídios contra los acuerdos adoptados por el Instituto Nacional de Previsión en su cumplimiento y aplicación; por ello, le dedicaremos mayor atención.

El artículo 38 del Reglamento de Procedimiento del Ministerio de Trabajo dice a este respecto lo siguiente: «Artículo 38. Objeto y procedencia. El recurso de *alzada* tendrá por finalidad el examen por el superior jerárquico de lo actuado por el inferior, con objeto de confirmar o revocar, total o parcialmente, el fondo de la decisión impugnada, o de anular lo actuado a partir del momento en que se hubiera incurrido en infracción de normas procesales contenidas en disposiciones concretas.

Este recurso se dará contra las resoluciones definitivas, y también contra las de trámite cuando decidan directa o indirectamente el fondo del asunto, hagan imposible su continuación o produzcan indefensión y hayan sido pronunciadas por autoridades u organismos del Departamento en materia de su competencia, siempre que no hayan causado estado.»

La claridad del texto no exime de hacer cualquier comentario, si bien debemos subrayar que, dada la amplitud de los términos en que está concebido, no cabe duda que el recurso de *alzada* se da contra los acuerdos adoptados por el

Instituto Nacional de Previsión en materia de Seguros Sociales, según preceptúan diversas normas peculiares de éstos y según se deduce del texto transcrito del artículo 38 del Reglamento de procedimiento del Ministerio de Trabajo, por las siguientes razones:

Primera. Porque, según lo establecido en el Reglamento orgánico del propio Ministerio, antes examinado, la Dirección General del mismo es el órgano competente para resolver, como superior jerárquico, los recursos que se promuevan contra los acuerdos dictados por el Instituto Nacional de Previsión en materia de Seguros Sociales.

Segunda. Porque estos mismos acuerdos no han causado estado, sin duda alguna, según resulta de lo establecido en el artículo 39 del Reglamento de Procedimiento.

Señala en el siguiente artículo ante quién se interpone y contra qué resoluciones el recurso de alzada, y establece que «el recurso de alzada se interpondrá para ante el Ministro contra las resoluciones que dicten las Direcciones Generales del Departamento o los organismos autónomos dependientes del mismo, salvo que se prohíba expresamente o concurra la circunstancia a que se refiere el siguiente párrafo».

Esta circunstancia es la de que, en todo caso, no podrá haber más de dos instancias o grados.

Este precepto reglamentario plantea, en principio, la regla de que los recursos de alzada deberán interponerse para ante el Ministro; mas, en el caso de las alzadas contra los acuerdos en materia de Seguros Sociales dictados por el Instituto Nacional de Previsión, creemos deben considerarse comprendidos en la excepción que sigue a la regla, ya que si bien no hay ningún precepto que expresamente «lo prohíba», existen normas legales y reglamentarias en que claramente se establece, para cada uno de los Regímenes de los Seguros Sociales, que los recursos de alzada en la aplicación

de ellos deberán interponerse ante la Dirección General de Previsión.

Los siguientes artículos de la sección 2.ª del capítulo VII del Reglamento de Procedimiento del Ministerio de Trabajo establecen el término de quince días hábiles para entablar el recurso de alzada a contar del siguiente de la notificación del acuerdo que se impugne, su interposición ante la propia autoridad que dictó éste y los trámites subsiguientes para su substanciación hasta su definitiva resolución, en la que se confirmará o se revocará, total o parcialmente, el acuerdo combatido, y si se hubiese incurrido en vicios esenciales del procedimiento, deberá anularse lo actuado, reponiendo el expediente al momento o trámite en que se cometió la falta procesal.

Dejando por ahora la consideración de los recursos de queja y los extraordinarios de revisión y nulidad, cuya procedencia, planteamiento y resolución se detallan en el repetido Reglamento de Procedimiento del Ministerio, y cuya aplicación a la materia de los Seguros Sociales no creemos imposible, si bien de rara oportunidad, completemos nuestro estudio en torno a las reclamaciones administrativas o en vía gubernativa, afirmando que, como consecuencia de cuanto llevamos expuesto, y especialmente de lo que se deduce del artículo 40, párrafo segundo, sobre la admisión máxima de dos instancias o grados, las resoluciones dictadas por la Dirección General de Previsión en los recursos de alzada ante la misma promovidos contra acuerdos dictados por el Instituto Nacional de Previsión en materia de Seguros Sociales, ponen fin a la vía gubernativa, puesto que dentro de ella no cabe recurso alguno y causan, por tanto, estado, quedando así en condiciones de iniciar el procedimiento contencioso-administrativo propiamente dicho una vez apurada toda reclamación administrativa en la vía gubernativa. Más adelante veremos si, de acuerdo con la legislación vigente reguladora

de este procedimiento contencioso-administrativo, es posible combatir, según el mismo, las resoluciones de la Dirección General de Previsión, como hemos deducido de la consideración de las normas de procedimiento que regulan la actividad administrativa del Ministerio de Trabajo, y con ello entraremos en la tercera parte de este trabajo estudiando la jurisdicción competente en algunas de las cuestiones contenciosas que pueden producirse en la aplicación de los Seguros Sociales, y en la que de modo general resultarán implicados, según los casos, los siguientes términos personales: Administración, de una parte, y, de otra, el empresario o el trabajador, y, eventualmente, ambos conjuntamente.

II.—LOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS EN LA VÍA GUBERNATIVA SEGÚN LA LEGISLACIÓN VIGENTE REGULADORA DE LOS RÉGIMENES DE LOS SEGUROS SOCIALES OBLIGATORIOS

Las normas legales y reglamentarias reguladoras de los Regímenes de los Seguros Sociales establecen de modo particular, específico y concreto la jurisdicción competente ante la que habrán de formularse las cuestiones llamadas contenciosas (aunque no con propiedad, pues realmente no pasan de ser reclamaciones en la vía gubernativa); mas habiéndose promulgado tales disposiciones en diversos momentos, los medios arbitrados se hallaban, naturalmente, atemperados a la organización administrativa propia de su época, lo que ha dado lugar a una notable falta de unidad de criterio y a una diversidad de soluciones de no siempre fácil asimilación.

Los problemas planteados, por estas razones, han sido, hasta hace poco, objeto de la atención de los estudiosos y tratadistas, que se vieron forzados a desentrañar disparidades y antinomias y a ofrecer soluciones no del todo satisfactorias.

Especialmente, era muy difícil discriminar la materia propiamente contenciosa que debía encomendarse a la Magistra-

tura del Trabajo, como jurisdicción competente, de la meramente administrativa, con sus sistemas de reclamaciones y recursos en la vía gubernativa; mas actualmente, publicados los Reglamentos, a que nos hemos referido anteriormente con cierto detenimiento, de Organización y Procedimiento Administrativo del Ministerio de Trabajo, podemos afirmar que se han despejado y desvanecido las dudas anteriores, al menos por lo que respecta a la vía gubernativa, y que la cuestión de la jurisdicción competente y el procedimiento adecuado para las controversias propiamente contenciosas, especialmente (según nuestro punto de vista) las que se entablen entre partes particulares—no contra la Administración—, sólo presenta algunos problemas de detalle, que la doctrina y la jurisprudencia podrán muy bien dilucidar.

Examinemos las normas propias de cada uno de los Regímenes de Seguros Sociales:

A) *Régimen Obligatorio del Seguro de Vejez e Invalidez.*—El Régimen Obligatorio del Subsidio de Vejez, creado por Ley de 1 de septiembre de 1939, regulado por la Orden de 2 de febrero de 1940 e integrado más tarde en el Seguro de Vejez e Invalidez, implantado por Decreto de 18 de junio de 1947, está encomendado en su organización, gestión y administración, al Instituto Nacional de Previsión, a través de la Caja Nacional de su misma denominación, actualmente regida por la Dirección de Subsidios y Seguros Sociales Unificados de dicho Instituto.

A pesar de haberse creado como sistema continuador y superador del antiguo Retiro Obrero Obligatorio, en el que la resolución de las cuestiones contenciosas estaban encomendadas a una compleja jurisdicción propia, por haber nacido con posterioridad al Decreto de 6 de febrero de 1939, que suprimió tal jurisdicción, encontró superada la dificultad que habría de suponer la atribución de la competencia a tales organismos con que el antiguo Régimen de Retiro Obrero

contaba, y así pudo establecer su Orden reglamentaria de 2 de febrero, antes citada, en su artículo 28, que «Contra los acuerdos adoptados por los órganos de gestión del Régimen, en aplicación de estas normas, podrán recurrir los afectados en el término de quince días, desde la fecha en que le fuera notificado el mismo, ante la Dirección General de Previsión».

Aunque faltan en este precepto algunas precisiones de interés, tales como aclaración del cómputo del término, excluyendo los días inhábiles, y la de si contra las resoluciones de la Dirección General podría admitirse la interposición de algún otro recurso, tenemos con este artículo sentado un principio de gran claridad e importancia, pues deslinda la competencia de las jurisdicciones contenciosa propiamente dicha y administrativa o gubernativa al reducir el área de las reclamaciones en esta última clase a «los *acuerdos adoptados por los órganos de gestión del Régimen en aplicación de las normas reguladoras del mismo*».

Todo acuerdo adoptado por los órganos de gestión del Régimen del Seguro de Vejez e Invalidez, en aplicación y ejecución de sus normas reguladoras, podrá ser objeto de recurso de alzada ante la Dirección General de Previsión, y sólo esta clase de acuerdos.

Por deducción, y «a sensu contrario», puede concluirse que la vía propia para la resolución de las cuestiones que pudiera suscitar la aplicación de las normas reguladoras del citado Régimen, *sólo* deberá ser la gubernativa, a través del recurso de alzada ante la Dirección General. Si es posible una reclamación contenciosa propiamente dicha ante la jurisdicción laboral, e incluso ante la jurisdicción ordinaria, es cuestión que merece consideración aparte, y de ella habremos de ocuparnos más adelante; pero en este momento, el precepto reglamentario que analizamos nos ofrece, con la suficiente claridad, una expresa atribución de competencia a los órganos superiores de la Administración para resolver sobre las recla-

maciones que se interpusieran contra los acuerdos adoptados por el Instituto Nacional de Previsión como órgano gestor del Régimen del Seguro de Vejez.

B) *Régimen Obligatorio de Subsidios Familiares y sus ramas especiales.*—Para llegar a igual conclusión por lo que se refiere al Régimen de Subsidios Familiares, por el contrario, es preciso recorrer más difícil camino. En efecto, el Reglamento de este Régimen establece, en su artículo 83, que los acuerdos de la Caja Nacional (órgano gestor integrado en el Instituto Nacional de Previsión y actualmente en su Dirección de Subsidios y Seguros Sociales Unificados) sobre subsidios y beneficiarios, abono de subsidios a personas distintas de la asegurada, distribución de cuotas, negativa de pago de subsidios y demás que afecten a derechos personales de patronos y asegurados, son ejecutivos, y contra ellos cabrá recurso de alzada ante la jurisdicción especial de Previsión en el plazo de quince días.

La fecha en que se dictó este Reglamento, 20 de octubre de 1938, explica que se haga en él referencia a la jurisdicción especial de Previsión, entonces aun vigente, y que fué suprimida por Decreto de 6 de febrero de 1939; pero los problemas que, como hemos dicho anteriormente, se plantearon para determinar la jurisdicción competente a raíz de esta supresión, para delimitar la que debía considerarse atribuida a la Magistratura del Trabajo y a la Dirección General de Previsión, y los esfuerzos que los autores hubieron de hacer para esclarecer la cuestión, han quedado en la actualidad superados casi totalmente en virtud de los preceptos reglamentarios a que nos venimos refiriendo repetidamente, y que regulan la organización y procedimiento del Ministerio de Trabajo, y más concretamente los que asignan la competencia y rigen el trámite administrativo de la Dirección General de Previsión.

Otros preceptos particulares referentes a varias ramas especiales del Régimen de Subsidios Familiares atribuyeron de

modo expreso a esta misma Dirección General de Previsión la facultad de resolver los recursos de alzada que se interpusieran contra los acuerdos adoptados en los mismos por el Instituto Nacional de Previsión.

Así, el artículo 31 de la Orden de 11 de junio de 1941, reglamentando la aplicación de la Ley de 23 de septiembre, creadora de los Subsidios de Viudedad, Orfandad y Escolaridad, preceptúa que «contra todos los acuerdos de la Caja Nacional (no se olvide su entronque con el Instituto Nacional de Previsión y su actual integración en la Dirección de Subsidios y Seguros Sociales Unificados del mismo) sobre concesión de subsidios que afecten de cualquier modo a los derechos que dimanen de esta disposición, podrán los interesados interponer recurso de alzada ante la Dirección General de Previsión en el término de quince días, a contar desde la fecha en que les fuera notificada la resolución».

Con casi idénticos términos se consigna igualmente la competencia de la citada Dirección General para resolver los recursos de alzada que se refieran a los acuerdos adoptados en la rama de Premios de Nupcialidad, regulada por la Orden de 5 de mayo de 1949.

C) *El Régimen especial para la aplicación de los Seguros Sociales en la agricultura.* — La Ley de 10 de febrero de 1943, estableciendo un régimen especial para la aplicación a los trabajadores agropecuarios de los Seguros Sociales de Vejez y Subsidios Familiares, inició una interesante etapa de unificación que desarrolló el Reglamento aprobado por Decreto de fecha 26 de mayo del propio año.

También en esta ocasión se consigna la procedencia del recurso de alzada ante la Dirección General de Previsión en su artículo 26; mas no de un modo tan claro y expreso como se había hecho en ocasiones anteriores, pues partiendo de una general atribución a la Magistratura del Trabajo de la com-

petencia para conocer «de cuantas *reclamaciones de carácter contencioso* se susciten sobre la aplicación del Régimen especial de Seguros Sociales a que se refiere este Reglamento y exigencia de sus beneficios», se concluye exceptuando de dicha competencia «las reclamaciones (contra acuerdos) cuya tramitación se halla preceptivamente reservada a los Servicios Centrales del Instituto Nacional de Previsión, y que éstos tengan que resolver con carácter nacional. En estos casos, contra los acuerdos adoptados por el Instituto Nacional de Previsión, podrán los interesados interponer recurso de alzada en término de quince días, a contar desde aquel en que los fueron notificados ante la Dirección General de Previsión, que resolverá sin ulterior recurso».

La interpretación de este artículo ha podido dar lugar a dudas y vacilaciones, pero, en definitiva, creemos poder interpretar que al entregarse a la competencia de la Magistratura del Trabajo las cuestiones *contenciosas*, la excepción establecida a favor de la competencia de la Dirección General de Previsión debe entenderse hecha en aquellas reclamaciones *no contenciosas, es decir, propiamente administrativas*, o en vía gubernativa, *contra acuerdos* (palabras que no se mencionan, es cierto, en el texto legal, y que creemos fueron omitidas por error, pues de otro modo la frase carece de sentido) cuya tramitación se halle preceptivamente reservada a los Servicios Centrales del Instituto Nacional de Previsión y que éstos tengan que resolver con carácter nacional. Con esta especial expresión, sin duda, a nuestro juicio, se quiso referir el legislador a aquellos acuerdos que, en virtud de la peculiar organización del Instituto Nacional de Previsión en aquella fecha, se adoptaran de modo definitivo por los órganos centrales del mismo, como superiores dentro de su esfera y administración; es decir, se eliminaba de la posibilidad de recurrir en alzada ante la Dirección General contra aquellas decisiones o acuerdos de órganos inferiores del Instituto Na-

cional de Previsión, cosa, por otra parte, muy en consonancia con el carácter del recurso de alzada.

Particular interés presenta el artículo que comentamos, más que por el oscuro texto que hemos intentado aclarar e interpretar, por otras dos particularidades dignas de nota. La primera es que, por primera vez, se expresa de modo claro que las resoluciones de la Dirección General, dictadas en los recursos de alzada, *no admiten ulterior recurso*, declaración que apoya con nueva fuerza nuestra tesis de la admisibilidad del recurso contencioso-administrativo contra tales resoluciones a que antes aludimos, y que más tarde hemos de considerar detenidamente.

La segunda particularidad se refiere a la frase que emplea el texto legal al declarar competente a la Magistratura del Trabajo para conocer de cuantas reclamaciones de carácter contencioso se suscitaren sobre la aplicación de los Seguros Sociales a que se refiere el Reglamento (Subsidios Familiares y Subsidios de Vejez) y *exigencia de sus beneficios*.

Exigencia a quién: ¿al patrono ante el incumplimiento, por su parte, de sus obligaciones? ¿Al Instituto Nacional de Previsión ante un acuerdo desfavorable al interesado? Creemos que, a tenor de la interpretación que anteriormente hemos dado, hay que pensar que sólo las reclamaciones *contenciosas* referentes a exigencia de los beneficios del Régimen de Seguros Sociales en la agricultura de que puede considerarse competente la Magistratura del Trabajo deben ser las que se dirijan contra la Empresa por el obrero, o viceversa, excluyendo de las mismas al Instituto Nacional de Previsión, contra cuyas decisiones ya hemos visto que se concede el recurso de alzada en la vía gubernativa e, incluso con toda probabilidad, el contencioso-administrativo.

De cualquier modo que ello fuera, una vez publicados los Reglamentos orgánico y de Procedimiento del Ministerio de Trabajo, tantas veces citados, y en virtud de lo en ellos dis-

puéstó, creemos, fuera de toda duda, que la interpretación por nosotros dada constituye en la actualidad el régimen legal vigente sobre reclamaciones contra acuerdos del Instituto Nacional de Previsión en el Régimen especial de los Seguros Sociales en la agricultura.

A mayor abundamiento citamos, en confirmación de esta tesis, las disposiciones posteriores al Reglamento de 26 de mayo de 1943 que se dictaron para su aplicación y desarrollo, tales como la Orden de 3 de febrero de 1949, estableciendo la Cartilla Laboral Agrícola, que en su artículo 12, párrafo segundo, dice lo siguiente: «Contra los acuerdos del Instituto Nacional de Previsión (se refiere a los que éste dicte respecto a la solicitud de inclusión en el Censo Laboral Agrícola y consiguiente expedición de la Cartilla) podrá entablarse *recurso de alzada* en el plazo de quince días hábiles, contados a partir del siguiente al en que la notificación se efectúe ante la Dirección General de Previsión, que decidirá, *sin ulterior recurso*, lo que en definitiva proceda.» Nótese nuevamente el agotamiento de la vía gubernativa con la resolución de la Dirección General.

Sobre la presentación y trámite del recurso de alzada en estos casos, el artículo 13 de la Orden de 19 de enero de 1950, que estableció la cuota que deberían satisfacer los productores agrícolas incluidos en el Régimen especial de los Seguros Sociales en el campo, determina algunas especialidades que no modifican, sino confirman, su procedencia y la competencia de la Dirección General para su resolución.

D) *El Seguro Obligatorio de Enfermedad.* — El Seguro Obligatorio de Enfermedad, creado por la Ley de 14 de diciembre de 1942, fué encomendado por la misma al Instituto Nacional de Previsión como Entidad aseguradora única, a tenor de lo dispuesto por el artículo 26, y el Reglamento de 11 de noviembre de 1943, en su artículo 98, preceptúa que la organización, gestión y administración del Seguro correspon-

de al Instituto Nacional de Previsión como Entidad aseguradora única mediante la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad que se organiza con separación de sus demás bienes y responsabilidades, y a la que el artículo 99 atribuye personalidad, responsabilidad y régimen análogos a las que tuvieran otras Cajas Nacionales del propio Instituto.

En virtud de la unificación administrativa y reorganización de los servicios del Instituto Nacional de Previsión, llevada a cabo por el Decreto de 14 de julio de 1950, la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad, al igual que las de Subsidios Familiares y del Seguro de Vejez e Invalidez, cuya personalidad jurídica, patrimonio y separación de fondos, reservas y responsabilidades se respeta, quedó integrada en la Dirección de Subsidios y Seguros Sociales Unificados del Instituto, a la que el artículo 25 del citado Decreto adjudica las facultades atribuidas a los respectivos Directores de dichas Cajas en lo que respecta a los servicios de afiliación y cotización, unificados por Decreto de 29 de diciembre de 1948 y disposiciones complementarias, y al *reconocimiento del derecho en las prestaciones económicas* de los tres citados Seguros Sociales, otorgándole, asimismo, la representación de dichas entidades.

La función de Entidad aseguradora única del Instituto Nacional de Previsión se ha venido desarrollando a lo largo de una legislación especial que autorizó al Instituto a delegar en las Entidades, que serán consideradas como colaboradoras, determinadas facultades gestoras del Seguro Obligatorio de Enfermedad, tales como percibir el importe de la prima correspondiente, satisfacer las prestaciones económicas y sufragar las prestaciones sanitarias a los asegurados y beneficiarios de acuerdo con las normas establecidas.

De todos modos, la legislación vigente ha seguido atribuyendo al Instituto Nacional de Previsión el carácter de órgano gestor del Seguro de Enfermedad, y, por consiguiente, es de

indudable interés conocer lo que sobre reclamaciones contenciosas y recursos se ha establecido en la Ley y Reglamento y principales disposiciones complementarias.

Los artículos 46, de la primera, y 174, del segundo, establecen que «las *cuestiones contenciosas* en las que se discutan (o disputan, como dice el Reglamento) derechos reconocidos o que se reconozcan a favor de los beneficiarios del Seguro de Enfermedad o, en su caso, de sus derechohabientes, serán de la exclusiva competencia de la Magistratura del Trabajo».

Por vez primera nos encontramos en la legislación reguladora de los Regímenes de Seguros Sociales Unificados con un texto legal en que de un modo lo suficientemente claro y explícito se atribuye, *con carácter exclusivo* y sin excepciones evidentes, la competencia para conocer de las cuestiones en que se discutan derechos reconocidos o que se reconozcan dimanantes del Seguro de Enfermedad a la Magistratura del Trabajo. Ciertamente que ya el artículo 26 del Reglamento para la aplicación de los Regímenes de Subsídios Familiares y Seguro de Vejez a los trabajadores agropecuarios, como vimos más atrás, hizo parecida atribución de competencia para cuestiones *contenciosas* también; pero el párrafo segundo del mismo precepto reglamentario daba pie para interpretar, como nosotros hicimos en aquel lugar, que tal competencia se refería a cuestiones contenciosas entre Empresa y trabajador, y que el órgano gestor de los regímenes sociales queda, en cambio, comprendido en la competencia que el segundo párrafo aludido señalaba, de la Dirección General de Previsión, en un régimen de recursos en vía gubernativa.

Queda, pues, con estos artículos que comentamos de la Ley y Reglamento del Seguro de Enfermedad, abierta la entrada a la espinosa cuestión de la competencia de la jurisdicción laboral en el campo de la actividad y de los acuerdos de los órganos gestores de los Seguros Sociales Obligatorios.

Otros dos preceptos entre sí idénticos de la Ley y Regla-

mento del Seguro Obligatorio de Enfermedad, los artículos 47 y 175, respectivamente, disponen que: «Las reclamaciones de los beneficiarios o sus derechohabientes, cuando versen sobre la efectividad y aplicación de las prestaciones sanitarias en su aspecto técnico-facultativo, serán resueltas por los organismos gestores del Seguro a quienes corresponda, y en alzada, por la Dirección General de Previsión, previo informe de la autoridad sanitaria competente o, en su caso, de los Colegios profesionales correspondientes.»

La confrontación de estos artículos, con los anteriormente transcritos relativos a la competencia de las cuestiones contenciosas, nos lleva a la conclusión de que sólo las reclamaciones que versen sobre las prestaciones sanitarias, y precisamente en su aspecto técnico-facultativo, podrán ser objeto de estas reclamaciones ante los organismos gestores del Seguro y recurribles en alzada ante la Dirección General de Previsión. Es decir, que todas las demás reclamaciones que la aplicación del Seguro pudiera suscitar, especialmente en torno a los problemas de prestaciones económicas y reconocimiento del derecho, se deduce que, al no ser objeto de alzada, deben considerarse de la competencia de la Magistratura del Trabajo.

La trascendencia y alcance de esta conclusión será objeto de nuestra consideración en la última parte de este trabajo.

Conviene advertir además, por lo que se refiere a la alusión que se hace al tratar de las reclamaciones con motivo de las prestaciones sanitarias, que, según el texto refundido aprobado por Orden de 19 de febrero de 1946, las denuncias sobre faltas de asistencia deberán formularse en la Inspección de Servicios Sanitarios, y habiéndose, posteriormente, integrado ésta en la Jefatura Nacional del Seguro de Enfermedad, creada en el seno de la Dirección General de Previsión por Decreto de 21 de julio de 1950 y regulada por Orden de 18 de diciembre del mismo año, será esta Jefatura, a través de la Inspección de Servicios Sanitarios, la competente para cono-

cer de tales reclamaciones, de marcado carácter técnico y administrativo.

Por el contrario, el artículo 112 del Reglamento de Servicios Sanitarios establece el recurso de alzada ante la Dirección General de Previsión cuando le sea denegada al asegurado una petición de cambio de facultativo por la Inspección de Servicios Sanitarios del Seguro. No comprendemos cómo negándose la alzada contra acuerdos del órgano del Seguro, de tanta trascendencia como los que pueden referirse al reconocimiento del derecho y efectividad de las prestaciones económicas, se conceda, en cambio, para reclamar contra la resolución de la Inspección sobre la elección de facultativo, máxime cuando, según el artículo 111 del citado Reglamento, la concesión o denegación de tal pretensión es materia a la que expresamente se le reconoce carácter de discrecional para la propia Inspección.

E) *Recapitulación.* — Del examen que de los preceptos que regulan la aplicación de los Regímenes de los Seguros Sociales hemos hecho, puede desprenderse, como resumen y con carácter general, lo siguiente :

Primero. Que, aunque no con la apetecida claridad, la legislación reguladora de dichos Regímenes reconoce la existencia de dos clases de reclamaciones: una de neto carácter contencioso y otra de carácter administrativo.

Segundo. Que la jurisdicción competente es, para los dos casos anteriormente enunciados, la Magistratura del Trabajo y la Dirección General de Previsión, y el procedimiento a emplear, el contencioso propio de aquella jurisdicción o el de la vía gubernativa, respectivamente.

Tercero. Que la atribución a una u otra jurisdicción y vía parece estar determinada por el criterio de respetar el ejercicio de sus derechos a los particulares entre sí ante los Tribunales de la Jurisdicción Laboral, y reservar el procedi-

miento administrativo en vía gubernativa para las cuestiones suscitadas por la aplicación concreta de los preceptos legales y reglamentarios por los órganos gestores de los Regímenes de Seguros Sociales, con las que se pretende, más que una contienda, la revisión de sus actuaciones y la decisión definitiva, y, con ella, abrir una última fase propiamente jurisdiccional contenciosa en la vía contencioso-administrativa, como veremos más adelante.

Cuarto. Que como consecuencia de lo expuesto, y en el terreno de «lege ferenda», sería de desear que se determinara de modo exacto y concreto esta materia, y se atribuyera con la debida claridad la respectiva competencia de la Magistratura del Trabajo y de la Dirección General de Previsión.

PARTE TERCERA

Las reclamaciones contenciosas en materia de Seguros Sociales Obligatorios. - Jurisdicciones competentes.

En esta última parte de este trabajo vamos a ocuparnos de estudiar, según la legislación española vigente, las jurisdicciones y procedimientos contenciosos mediante los cuales pueden hacerse valer los derechos controvertidos entre partes litigantes con motivo de derechos u obligaciones nacidos de la aplicación de los Regímenes de los Seguros Sociales, ya sean éstas particulares entre sí o particulares y Administración.

Comenzaremos por considerar la posibilidad y oportunidad de la utilización del recurso contencioso-administrativo, y terminaremos analizando la extensión y alcance de la competencia de la Magistratura del Trabajo para conocer y resolver sobre las cuestiones contenciosas motivadas por la aplicación de los citados Regímenes de Seguros Sociales.

I. — LA JURISDICCIÓN CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVA.

RÉGIMEN LEGAL VIGENTE

El Decreto de 8 de febrero de 1952 aprobó el texto refundido de la Ley de lo Contencioso administrativo, y constituye en la actualidad la legalidad vigente en esta materia, ofreciendo en un solo texto, claro y sistemático, toda la regulación del recurso contencioso-administrativo, por lo que nuestra investigación en torno a la posibilidad de su aplicación en materia de Seguros Sociales quedará reducida a examinar su articulado y deducir si, de acuerdo con él, cabe la interposición del citado recurso contencioso-administrativo contra las resoluciones dictadas por la Dirección General de Previsión en los recursos ante ella planteados en alzada de los acuerdos adoptados por el Instituto Nacional de Previsión en aplicación de los Regímenes de Seguros Sociales.

Según el artículo 1.º del texto refundido citado, el recurso contencioso-administrativo puede ser de dos clases: plena jurisdicción y anulación.

El primero podrá interponerse contra las resoluciones administrativas que reunan los siguientes requisitos: 1.º Que causen estado. 2.º Que emanen de la Administración en el ejercicio de sus facultades regladas. 3.º Que vulneren un derecho de carácter administrativo establecido anteriormente en favor del demandante por una Ley, un Reglamento u otro precepto administrativo.

En materia Provincia y Municipal cabe, además, el recurso de anulación, del que, por razones obvias, no debemos ocuparnos aquí.

A tenor del artículo 2.º del mismo texto refundido, «causan estado las resoluciones de la Administración cuando no sean susceptibles de recurso por vía gubernativa, ya sean definitivas, ya de trámite, si estas últimas deciden directa o

indirectamente el fondo del asunto, de tal modo que pongan término a aquélla o hagan imposible su continuación».

«Se entenderá que la Administración obra en el ejercicio de sus facultades regladas, en la medida que deba acomodar sus actos a disposiciones de una Ley, un Reglamento u otro precepto administrativo», y «se entenderá establecido el derecho en favor del recurrente cuando la disposición que reputa infringida le reconozca ese derecho individualmente o a personas que se hallen en el mismo caso en que él se encuentre».

Quienes puedan ser sujetos activos del recurso contencioso-administrativo lo indica el artículo 1.º, diciendo que podrá interponerse por la Administración o por los particulares.

Con los preceptos citados hasta aquí, quedan claramente establecidos los presupuestos fundamentales de este procedimiento contencioso, la materia objeto del mismo y los términos personales. El artículo 4.º completa el cuadro determinando el campo del recurso contencioso-administrativo al detallar las controversias que generalmente, por razón de la materia, quedan excluidas al conocimiento de esta jurisdicción, y entre ellas se cuentan las siguientes: las resoluciones de la Administración referentes a depuración, responsabilidades políticas, desbloqueo, abastecimiento, prensa y propaganda, radiodifusión, cinematografía y teatro, cuestiones de personal—con ciertas excepciones—, las derivadas de materia referente a la potestad discrecional, las cuestiones que sean reproducción de otras firmes y consentidas, las resoluciones dictadas de acuerdo con una Ley que expresamente excluya la vía contenciosa y, asimismo, las cuestiones de índole civil y criminal pertenecientes a la jurisdicción ordinaria o de la competencia de otras jurisdicciones, y otras varias materias de menor importancia.

II. — LA JURISDICCIÓN CONTENCIOSO - ADMINISTRATIVA. - SU COMPETENCIA EN CUESTIONES CONTENCIOSAS EN MATERIA DE SEGUROS SOCIALES OBLIGATORIOS

De lo expuesto hasta aquí, puede legítimamente deducirse, según nuestro criterio, que las resoluciones dictadas por la Dirección General de Previsión en los recursos de alzada ante la misma interpuestos por los particulares—trabajadores y empresarios—contra los acuerdos dictados por el Instituto Nacional de Previsión en aplicación de la legislación de los Seguros Sociales pueden ser objeto de impugnación por medio del recurso contencioso - administrativo. En efecto, comenzando por considerar las exclusiones definidas en el artículo 4.º del texto refundido a que acabamos de referirnos, se observa que la materia de Previsión o Seguros Sociales no está por sí misma comprendida en ellas. Solamente cabría suponer que se la eliminaba de esta vía contenciosa, incluyéndola en la excepción que se refiere a las materias propias de *otras jurisdicciones*, estimando que, en nuestro caso, esa competencia se daba en la jurisdicción laboral; pero esta objeción será desvirtuada seguidamente cuando tratemos más adelante de determinar el alcance de tal jurisdicción en materia de reclamaciones sobre la aplicación de los Regímenes de Seguros Sociales.

Por lo demás, hagamos un análisis, si bien ligero, porque la misma claridad del texto legal evidencia nuestra tesis y hace innecesaria mayor insistencia, de las condiciones que concurren en las resoluciones de la Dirección General de Previsión dictadas en los recursos de alzada de que conoce en materia de Seguros Sociales:

Primero. Causan estado. Porque, como hemos visto más atrás, contra la misma no cabe otro recurso en vía gubernativa. Varios preceptos legales y reglamentarios lo declaran expresamente, y, además, se deduce, a la vista de lo establecido

en el Reglamento de Procedimiento Administrativo sobre la admisión únicamente de dos instancias o grados en todo asunto. En la práctica, el Ministerio de Trabajo viene reconociendo cuanto decimos, consignando en sus resoluciones la advertencia de que contra ellas no cabe recurso alguno en la vía administrativa.

Segundo. Emanan de la Administración en el ejercicio de sus facultades regladas. Las resoluciones de la Dirección General de Previsión en materia de recursos de alzada sobre Seguros Sociales se acomodan y ajustan a la Ley y Reglamentos que regulan los Regímenes de los Seguros Sociales, y se dictan, precisamente, en aplicación de sus preceptos, y en ellas se fundamentan.

Tercero. Vulneran, o pueden vulnerar, derechos de carácter administrativo establecidos anteriormente en favor del demandante por una Ley, un Reglamento u otro precepto administrativo. En efecto, las resoluciones de la Dirección General de Previsión también cumplen este requisito para que puedan ser consideradas como objeto del recurso contencioso-administrativo, ya que versan y deciden sobre la concesión y reconocimiento de derechos establecidos por Leyes o Reglamentos en favor de determinados particulares o de otras personas que se hallaren en igual caso y reúnan idénticas condiciones.

Cabría cuestionar en torno al carácter de esos derechos preguntándose si, por lo que se refiere a los relativos a los Seguros Sociales, tienen el carácter de derechos administrativos a que se refiere el texto legal. Ya hemos apuntado al comienzo de este trabajo, y es para nosotros indudable que los Regímenes legales de Seguros Sociales establecen, por virtud de las Leyes y Reglamentos que los instituyen y regulan, verdaderos derechos en favor de determinadas personas particulares que devienen o pueden devenir en verdaderos titulares de un derecho subjetivo con plena eficacia jurídica.

También se ha apuntado que el carácter de estos derechos no puede ser otro que el de derecho público, y esto lo afirmamos, en primer lugar, porque, según los criterios vigentes sobre la espinosa cuestión de la distinción entre derechos públicos y privados, no debe caber duda de que los que hacen referencia a los Seguros Sociales son, por su propia esencia y definición, de carácter público, y, en segundo lugar, también se concluye de modo idéntico si los comparamos con los derechos privados característicos y definidores de su materia propia.

Las prestaciones, por ejemplo, no son bienes patrimoniales, jurídicamente hablando; no pueden ser objeto de cesión, embargo ni impuestos; su transmisión «mortis causa»—admitida en ciertos casos—, se regula mediante un sistema peculiar específico, muchas veces distinto del establecido por el Derecho civil, no sólo en cuanto al orden de suceder, sino también en lo que se refiere a las condiciones para su atribución y disfrute, y quedando siempre excluidos de la libre disposición del titular fallecido. Y si las prestaciones quedan, como se ve, fuera de la órbita del Derecho privado, con ser, como son, el aspecto más asimilable a este Derecho, no digamos de qué modo y en qué grado quedan separados otros aspectos, sin duda mucho más matizados de publicidad, como son la afiliación y la cotización en los Seguros Sociales integrados como complejos de derechos y obligaciones totalmente ajenos al campo del Derecho privado.

Aunque estos derechos subjetivos en materia de Seguros Sociales tengan, en el orden de los ideales y de su metafísica, un fundamento trascendente de carácter ético-político; aunque, incluso, sean objeto de declaraciones programáticas y constitucionales, su concreta ordenación y regulación jurídica queda cristalizada, a través de la institución del Seguro Social, como un verdadero servicio público, y, por tanto, signada con un verdadero carácter administrativo. En definitiva, afirmamos que los Seguros Sociales engendran en los particu-

lares verdaderos derechos subjetivos de carácter público administrativo, y entendemos que, aun con el más riguroso criterio de interpretación, se encuentran comprendidos entre aquellos que la Administración puede vulnerar y, por consiguiente, entre los que pueden dar lugar al recurso contencioso-administrativo según la legislación española vigente.

En cuanto al órgano competente para conocer de los recursos contencioso-administrativos que se promovieran contra las resoluciones de la Dirección General de Previsión en materia de Seguros Sociales, réstanos decir que sería, de acuerdo con lo preceptuado por el artículo 13 del texto refundido, aprobado por Decreto de 8 de enero de 1952, las Salas Tercera y Cuarta del Tribunal Supremo en única instancia.

Problema aparte constituye la conveniencia y oportunidad de que esta materia de Seguros Sociales quede sometida o excluida de la jurisdicción contencioso-administrativa, y las soluciones que se arbitraran serían de indudable interés en el plano de «lege ferenda»; pero, según el estado actual de la legislación vigente, tanto en materia de Seguros Sociales como la reguladora de lo contencioso-administrativo, tenemos que llegar a la conclusión, que más tarde confirmaremos al determinar la jurisdicción de la Magistratura del Trabajo, de que la contencioso-administrativa es plenamente competente para conocer y resolver sobre las controversias que se susciten entre la Administración y los particulares en orden a la aplicación de los Regímenes de los Seguros Sociales, y que el medio o vía procedente es el del recurso contencioso-administrativo, una vez, naturalmente, que se haya agotado la vía gubernativa.

III.—LA JURISDICCIÓN LABORAL SEGÚN LA LEGISLACIÓN VIGENTE

La creación de la Magistratura del Trabajo, por Decreto de 13 de mayo de 1938, constituye, sin duda, uno de los más

fundamentales jalones en la política social del Nuevo Estado Español, que, entregado a la tarea ineludible de la reconquista de España, se preocupaba solícita y providentemente de establecer un régimen social justo y digno.

Este breve Decreto dispuso con extrema concisión, en su artículo 1.º, la supresión de los Jurados Mixtos de Trabajo y los Tribunales Industriales, confiriendo a la nueva Magistratura del Trabajo la competencia atribuída a unos y otros. Nada más se establecía en orden a determinar la esfera de la jurisdicción laboral, que quedaba de momento circunscrita al mismo contenido de las que venían a sustituir.

Por lo que a nosotros respecta, es claro que las Magistraturas del Trabajo carecían en aquel momento de competencia para entender sobre cuestiones relacionadas con la Previsión o los Seguros Sociales, de los cuales, dicho sea de paso, sólo se hallaban vigentes con carácter obligatorio el antiguo Régimen de Retiro Obrero y el Seguro de Accidentes del Trabajo.

El Decreto de 15 de diciembre de 1938, siguiendo la línea del anterior, suprimió los Jurados Mixtos y el Tribunal Central del Trabajo Ferroviario, y atribuyó a la Magistratura del Trabajo el conocimiento de las reclamaciones individuales o colectivas entre agentes y Empresas ferroviarias, estableciendo, en cuanto al procedimiento, algunas particularidades peculiares.

Tampoco en esta ocasión se colocaron bajo la jurisdicción de la Magistratura del Trabajo cuestión alguna directamente relacionada con los Seguros Sociales.

Conviene recordar que en este momento ya se habían promulgado la Ley y Reglamento del Régimen Obligatorio de Subsidios Familiares, y también conviene no olvidar lo que respecto a la jurisdicción competente para resolver sobre las cuestiones que su aplicación planteara se establecía en esas disposiciones legales.

En efecto, el artículo 8.º de la Ley de 18 de julio de 1938 atribuye a la Jurisdicción Especial de Previsión cuantas cuestiones se suscitasen sobre aplicación del Régimen, y el artículo 83 del Reglamento, de 20 de octubre siguiente, establecía que los acuerdos de la Caja Nacional sobre subsidios y beneficiarios, ... , negativa del pago de subsidios y demás que afecten a los derechos personales de patronos y asegurados, son ejecutivos, y contra ellos cabrá recurso de alzada ante la Jurisdicción Especial de Previsión en el plazo de quince días.

Pero esta Jurisdicción Especial de Previsión fué también objeto de supresión y transmisión a la Magistratura, al igual que había ocurrido con los Jurados Mixtos.

Así, el Decreto de 6 de febrero de 1939 suprimió los Patronatos de Previsión Social, Comisiones Revisoras Paritarias, y la Comisión Revisora Paritaria Superior, dispuso que pasaran a ser competencia de los Magistrados de Trabajo todas las *cuestiones de carácter contencioso* atribuidas anteriormente a dichos organismos suprimidos. Aclaraba el artículo 2.º de este Decreto que se estimarían como cuestiones de carácter contencioso las contiendas sometidas a la suprimida Jurisdicción de Previsión en que se cuestionen derechos establecidos a favor de los beneficiarios de los Seguros Sociales o, en su caso, de sus derechohabientes.

También en este Decreto se establecen determinadas particularidades en el aspecto del procedimiento contencioso a seguir ante las Magistraturas del Trabajo en la materia que a su competencia se somete; mas como el campo de la anterior Jurisdicción Especial de Previsión abarcaba otras cuestiones, además de las puramente contenciosas, los artículos 6.º, 7.º y 8.º del Decreto encomiendan éstas a la competencia del Instituto Nacional de Previsión, a la Inspección del Trabajo, a las Delegaciones de Trabajo y a la Dirección General de Previsión (entonces Servicio Nacional de Previsión),

haciéndose expresa mención de las derivadas del Régimen de Subsidios Familiares no comprendidos en los casos de los asuntos atribuidos por el mismo Decreto a las Magistraturas del Trabajo.

La remisión que el Decreto que comentamos hacía a otras disposiciones anteriores reguladoras de la competencia de la extinguida Jurisdicción Especial de Previsión, y la complejidad de contenido de ésta, han hecho especialmente confusa y difícil la atribución de respectivas competencias entre la Magistratura del Trabajo y la Dirección General de Previsión, y ha dado lugar a que la doctrina se esforzara por elaborar una solución a este problema.

Ya hemos visto más atrás cómo esta confusión ha ido desvaneciéndose en virtud de normas legales y reglamentarias posteriores, que bien al desarrollar nuevos Regímenes de Seguros Sociales o al regular sus ramas especiales, han ido prescribiendo con bastante claridad las cuestiones o reclamaciones que contra los acuerdos del Instituto Nacional de Previsión han de someterse a un régimen (o jurisdicción impropriamente llamada) administrativo en vía gubernativa, con lo que, por eliminación, se han determinado también en qué supuestos cabe la competencia de la jurisdicción laboral en materia de reclamaciones sobre Seguros Sociales.

IV. — LA MAGISTRATURA DEL TRABAJO. - SU COMPETENCIA EN CUESTIONES CONTENCIOSAS EN MATERIA DE SEGUROS SOCIALES OBLIGATORIOS

En otro lugar de este trabajo nos hemos ocupado de concretar y enumerar, basándonos en los correspondientes preceptos legales, cuáles son las reclamaciones que en forma de recursos han de someterse a resolución de la Dirección General de Previsión, y hemos advertido que, en todas ellas,

uno de los términos personales era siempre la Administración. Por ello, podemos sentar ahora el principio general siguiente: Las reclamaciones o, más bien, las cuestiones contenciosas que surjan entre particulares—trabajadores y empresarios—con motivo de la aplicación de los Regímenes de Seguros Sociales en las que se cuestione sobre la eficacia y validez de derechos personales de unos u otros, y se pretenda la realización de las responsabilidades a ellos inherentes, derivadas del incumplimiento por alguna de estas partes de sus respectivas obligaciones, pertenecen a la competencia de la Jurisdicción laboral, y quedan encomendadas a la Magistratura del Trabajo, en virtud de la atribución general que a la misma se ha hecho por los Decretos que estamos estudiando y por lo establecido en el artículo 1.º de la Ley orgánica de dicha Magistratura, de fecha 17 de octubre de 1940.

En efecto, este artículo dice: «El Estado crea la Magistratura del Trabajo como única institución jurisdiccional contenciosa en la rama social del Derecho. Sus titulares intervendrán en cuantos conflictos individuales se originen entre los diversos elementos de la producción, no sólo en el aspecto de las reclamaciones de índole civil, sino juzgando y sancionando los actos de aquellos que, en el campo del trabajo, perturben el orden económico establecido o simplemente observaren conducta incompatible con el honor profesional.»

Una interpretación adecuada de este artículo confirmará la tesis que venimos exponiendo.

En primer lugar, la Magistratura del Trabajo es definida como única institución *jurisdiccional contenciosa* en materia de Derecho social, y si entendemos rectamente lo que con esto se quiere expresar, deduciremos que en cuanto haya una cuestión *verdaderamente contenciosa* en este campo del Derecho, deberá considerarse sometida a su jurisdicción con carácter exclusivo. Mas para que se haga tal atribución es preciso que se trate, efectivamente, de una cuestión conten-

ciosa, precisamente en las condiciones que expresa el segundo inciso, a saber: que sean conflictos *individuales*, es decir, no generales, y que se originen entre los diversos *elementos de la producción*. Ahora bien, quienes sean estos elementos de la producción, queda suficientemente comprendido: los trabajadores, de una parte, y de otra, los empresarios, como representantes del complejo «Empresa», en que se integran otros elementos materiales y personales de la producción. En ningún caso, de ningún modo, puede entenderse que la Administración—sus órganos—puedan ser términos personales de esta clase de cuestiones contenciosas, y si existieran verdaderas cuestiones contenciosas entre los particulares y la Administración, claro resulta que otra jurisdicción habrá de ser la competente para conocer de ella, puesto que vemos no lo es la Magistratura del Trabajo.

El que en muchos casos, seguramente en casi todos, sea preciso que *para determinar la materia sobre que haya de versar el litigio entre los particulares* en materia de Seguros Sociales, una previa decisión, negativa o positiva, sobre el pretendido derecho por parte de los órganos de la Administración, no debe inducir a la confusión de considerar a ésta como parte litigante, colitigante ni aun con el carácter de responsable subsidiario. El que sea oportuna su intervención en estos litigios podrá ser, a otros efectos, concedida, y en el caso del Seguro de Accidentes, especialmente, tiene motivación legal y lógica suficiente; pero por lo que respecta a los Regímenes de Seguros Sociales de que ahora nos ocupamos—repetimos—, no puede haber términos hábiles para conceptuar a la Administración contendiente bajo esta Jurisdicción laboral, reservada, como hemos visto, a los conflictos individuales entre los elementos de la producción en reclamaciones de índole civil (como expresa el propio texto legal) y en otras contiendas en que se juzguen y sancionen, con marcado carácter punitivo y represivo, actos en el campo de tra-

bajo que perturben el orden económico establecido u observaran conducta incompatible con el honor profesional.

Para confirmar con el contraste de la experimentación nuestras conclusiones, haremos un examen de una de las posibles contiendas entre los particulares relacionadas con los Seguros Sociales: incumplimiento del deber de afiliación a los Seguros Sociales. La afiliación a los Seguros Sociales Unificados, en virtud de lo dispuesto por Decreto de 29 de diciembre de 1948, por lo que se refiere a los trabajadores por cuenta ajena, se declara expresamente en el artículo 1.º del Decreto de 7 de junio de 1949: «es requisito indispensable para adquirir el derecho al disfrute de los beneficios que conceden los Seguros Sociales Obligatorios Unificados», y, según continúa el párrafo segundo, «estará a cargo de las respectivas Empresas, que vendrán obligadas a comunicar el alta de aquéllos (se refiere a los trabajadores por cuenta ajena) dentro del plazo de ocho días naturales, contados a partir de la fecha en que se hubiera producido...».

«Si la Empresa no cumpliera dichas obligaciones, el productor podrá solicitar directamente del Instituto Nacional de Previsión el alta..., sin perjuicio de la sanción en que aquélla hubiera incurrido.»

Planteada la reglamentación jurídica de la afiliación a los Seguros Sociales Obligatorios Unificados de los trabajadores por cuenta ajena, en los términos expresados, se deduce que la falta de oportuna afiliación lleva consigo aparejada la privación de los posibles beneficios o prestaciones de dichos Regímenes. Ahora bien, el mecanismo práctico de esta conclusión ha de ser el siguiente:

Solicitud del trabajador cerca del Instituto Nacional de Previsión, en petición de determinados beneficios de un Seguro Social determinado. Negativa de éste, fundada en la falta de afiliación previa y oportuna por parte de la Empresa.

Ante esta resolución de la Administración, caben varias

actitudes por parte del peticionario: simple conformidad; reclamación administrativa ante el propio Instituto Nacional de Previsión, de acuerdo con lo que más atrás se ha dejado expuesto, o, finalmente, reclamación contenciosa contra el empresario responsable de la falta de afiliación y causa, por tanto, de la negativa de los beneficios solicitados.

La reclamación contra el Instituto Nacional de Previsión podría llevar a una resolución positiva, favorable al peticionario, de la Dirección General de Previsión, como consecuencia de la cual el Instituto Nacional de Previsión viniera obligado a reconocer la afiliación al principio negada y, en consecuencia, a conceder los beneficios solicitados, si el interesado, naturalmente, cumplía los demás requisitos necesarios, o bien la referida reclamación daría lugar a una resolución desfavorable, desestimatoria del recurso de alzada, caso en el que habría de iniciarse la cuestión propiamente contenciosa entre el particular y la Administración por medio del recurso contencioso-administrativo.

De no haber sido recurrida la denegación del Instituto Nacional de Previsión, o una vez recurrida y agotadas las vías gubernativas y contencioso-administrativa, el trabajador habría de plantear la cuestión, sin duda, ante la Magistratura del Trabajo contra el empresario, como verdadero responsable de su falta de afiliación, mediante un procedimiento realmente contencioso, de específica competencia de la Jurisdicción laboral, en el que ya el Instituto Nacional de Previsión no tendrá papel de parte procesal, y que se desarrollaría exclusivamente entre los términos personales trabajador-empresario, y que cuestionarían la exigencia y satisfacción de la responsabilidad del segundo por los perjuicios causados al primero a causa del incumplimiento de la específica y legal obligación patronal de afiliar. El alcance de los perjuicios y la determinación de la indemnización o de otros medios de

reparación serían, naturalmente, materia de apreciación de la Magistratura y objeto de su sentencia.

No es necesario decir que aunque se renunciara a ejercitar cualquier reclamación administrativa sería necesario que, al iniciar la contienda ante la Magistratura del Trabajo, el productor probara su falta de afiliación y la correspondiente negativa del Instituto Nacional de Previsión a la concesión de las prestaciones o beneficios solicitados, para lo cual es claro que, previamente, el interesado debería haberlos instado mediante el oportuno expediente. En realidad, esta previa petición se impone, no por una razón particular, sino como medio preciso para determinar la responsabilidad patronal y objeto de prueba como hecho constitutivo que es de la reclamación que se pretende para exigir aquélla.

Claramente se desprende que aquí, en modo alguno, puede haber condena para el Instituto Nacional de Previsión, como también se ha comprendido que el mismo no puede ser parte en esta clase de cuestiones contenciosas, sometidas a la jurisdicción de la Magistratura del Trabajo.

Esta exclusión no puede representar nunca un privilegio ni una patente de impunidad o irresponsabilidad de estos órganos de la Administración, toda vez que, como hemos visto antes, los actos de ésta que lesionen derechos, o supuestos derechos, de los particulares—empresarios y trabajadores—pueden ser impugnados ante la propia Administración en vía gubernativa, mediante el ejercicio de los recursos administrativos, primero, y, más tarde, en vía propiamente contenciosa, por medio del recurso contencioso-administrativo, con los cuales los derechos de los particulares quedan plenamente defendidos y garantizados y a salvo de arbitrariedades y errores.

Réstanos, por último, y como conclusión del presente estudio, desear que el legislador, determinando con la mayor claridad posible estas vidriosas cuestiones de competencia, definiera y estableciera el respectivo ámbito de las jurisdic-

ciones que entienden en reclamaciones motivadas por la aplicación de los Seguros Sociales, asignando en el terreno contencioso los límites de la que pertenece a la Magistratura del Trabajo y de la que es propia de la contencioso-administrativa, y ocupándose también de establecer los grados y término de las reclamaciones administrativas en vía gubernativa como previas a las verdaderamente contenciosas en ambas jurisdicciones.

Si nuestro estudio ha conseguido esclarecer esta materia en un intento de armonización y orientación de nuestra legislación vigente, y si con ello hemos logrado ofrecer una más clara visión de nuestro ordenamiento para su aplicación práctica a cuantos tienen por deber y por misión esta tarea, nos consideraremos sobradamente recompensados de nuestro trabajo.

LA SEGURIDAD SOCIAL EN BÉLGICA

por el *Dr. Dionisio Bikkal*

I.—INTRODUCCIÓN

En el continente europeo, el sistema de Seguridad Social de Bélgica es uno de los más recientes, siendo su fecha de nacimiento el 28 de diciembre de 1944. De hecho, apenas se retiraron de Bélgica las últimas tropas alemanas de ocupación, el Gobierno promulgó una generosa Ley de Seguridad Social, introduciendo el Seguro de Enfermedad e Invalidez obligatorio y reorganizando el Seguro de Vejez y Supervivencia, el Seguro de Paro, el Régimen de Subsidios familiares y el sistema particular belga de las vacaciones anuales pagadas.

Es bien sabido que cuanto más reciente es la implantación de un régimen de Seguridad Social en un país, tanto más modernos son sus fundamentos y su administración, porque sus organizadores pudieron poner en práctica los últimos adelantos de la técnica y aprovechar las experiencias recogidas en los demás países precursores. Pero tal no es el caso de Bélgica. La citada Ley de Seguridad Social implantó un moderno organismo supremo de escala nacional, pero mantuvo en vigencia las ya existentes instituciones locales, asociaciones de mutualidad—cuyo número sobrepasa de 6.000—, las cuales practicaban el Seguro libre en diferentes ramas. En el momento de la liberación del país, todo el esfuerzo del Gobierno se concentró en llevar rápidamente a cabo su proyecto de Ley

sobre la Seguridad Social, evitándo las posibles resistencias por parte de las mencionadas instituciones, de larga y meritoria tradición en el campo del Seguro voluntario. De esta manera, el sistema de Seguridad Social belga tiene una modernísima cabeza sobre un cuerpo compuesto de unas 6.000 extremidades locales anticuadas, cuyo funcionamiento fuertemente contrasta con los modernos principios de los Seguros sociales. Los Gobiernos de posguerra, a través de un sinnúmero de Leyes y Decretos, trataron de simplificar los trámites administrativos, de facilitar las tareas de los patronos y de eliminar los cuerpos intermediarios y completamente superfluos, como lo veremos más adelante.

Para poder mejor apreciar el sistema belga de Seguridad Social, situémoslo en un marco nacional. La población de Bélgica es de 8.757.691 habitantes (en 1952), que viven en 2.670 Municipios, en un territorio de 30.508 kilómetros cuadrados, densamente poblado. La población activa—trabajadores independientes y dependientes—es de 3.481.027, de los cuales son 2.650.119 hombres y 826.916 mujeres. Esta población activa se reparte como sigue :

- 1.310.634 personas ocupadas en industria.
- 467.486 personas ocupadas en comercio.
- 204.378 personas ocupadas en hostelería.
- 390.849 personas ocupadas en transporte y comunicaciones.
- 422.783 personas ocupadas en agricultura.
- 190.608 personas ocupadas en minas.
- 344.582 personas ocupadas en servicios públicos y sanitarios, etc.

La renta nacional de Bélgica asciende, aproximadamente, a 310.000 millones de francos (310.000 millones en 1952 y 310.700 millones en 1953). En esta suma figuran los salarios y sueldos, con 104.297.200.000 francos en 1954, y con francos 101.458.300.000 en 1953. Frente a estas cifras, las cotizaciones ascendieron, en 1954, a 25.221.400.000 francos, suma que fué integrada por parte del Estado con una subven-

ción de 10.240 millones de francos. Eso quiere decir que la carga total de Seguros sociales en Bélgica es de 35.452 millones de francos, que corresponden al 34,1 por 100 de la suma total de las remuneraciones. Esta cifra, en sí misma, habla del inmenso sacrificio de los tres factores—patronos, obreros, Estado—en aras del Seguro Social.

Bélgica, este pequeño país, con una población sumamente industrial y dotada de una tierra fértil y de un subsuelo riquísimo, recobró su independencia en 1830. En seguida comenzó a penetrar el pensamiento de previsión, especialmente entre los mineros, clase más expuesta al riesgo profesional. Prontamente brotaron las Sociedades mutualistas. La primera Ley sobre las Mutualidades data del 5 de abril de 1851, pero ya en 1850 existieron 199 Mutualidades con unos 68.247 efectivos. Más tarde, por la Ley de 9 de agosto de 1889, fueron constituídos en cada distrito Comités para la divulgación de los principios de la previsión, que dió óptimos resultados. Como consecuencia de tal propaganda, en 1891 existieron ya 412 Mutualidades, cuyo principal objetivo era el socorro de los enfermos necesitados. En 1900 funcionaron 1.790; en 1905, unas 2.400, y en 1919, unas 4.127 Mutualidades, que ejercieron el Seguro de Enfermedad libre. Al mismo tiempo, en el campo de Seguro de Vejez desplegaron su modesta actividad, en 1891, unas 89 Mutualidades, pero en 1900 el número de tales Asociaciones llegó a 3.604, y hasta 1929 aumentó a 5.305. Para frenar este enfermizo fraccionamiento de las energías, la Ley de 30 de julio de 1923 autorizó a las Sociedades a fusionarse.

Mientras las mencionadas Sociedades privadas divulgaban entre la clase trabajadora el pensamiento de la previsión, los Gobiernos empezaron a introducir—en base las experiencias adquiridas—las primeras Leyes sobre el Seguro obligatorio.

En orden cronológico, nacieron las siguientes Leyes en esta materia:

La Ley de 24 de diciembre de 1903, sobre la reparación de los perjuicios causados por accidentes del trabajo.

La Ley de 5 de junio de 1911, sobre el Seguro de Vejez obligatorio en favor de los mineros.

La Ley de 10 de diciembre de 1924, sobre el Seguro de Vejez de los trabajadores.

La Ley de 10 de marzo de 1925, sobre el Seguro de Vejez de los empleados privados, que fué revisada por la Ley de 18 de junio de 1930, y que se encuentra todavía en vigencia.

La Ley de 4 de agosto de 1930, generalizando las asignaciones familiares en favor de los trabajadores dependientes.

La Ley de 7 de septiembre de 1938, que creó un organismo central con la tarea de pagar las vacaciones anuales a los obreros, sistema que fué incorporado al régimen de Seguro Social.

La Ley de 28 de diciembre de 1944, que, como hemos visto más arriba, sentó los fundamentos del nuevo régimen de Seguridad Social en Bélgica. En base de esta última Ley, tres organismos nacionales supervigilan y guían las instituciones de Seguros sociales en los siguientes sectores de la vida nacional:

Oficina Nacional de Seguridad Social (O. N. S.S.), que es el órgano supremo de las instituciones de Seguros sociales que cubren los obreros y empleados de la industria, comercio y agricultura.

Fondo Nacional de Retiro de los Obreros Mineros (F. N. R. O. M.), que se encarga del Seguro de Enfermedad, Invalidez, Vejez, Paro, etc., obligatorio de todos los mineros de Bélgica.

Oficina de Seguridad Social de los Marinos Mercantes (O. S. S. M. M.), que gestiona el Seguro Social de los trabajadores ocupados en la marina mercante.

Los efectivos de estos organismos están sujetos a todas las ramas de Seguros sociales. A continuación indicamos el nú-

mero de los patronos y de los asegurados pertenecientes a dichos organismos :

TABLA NUM. 1

Patronos cotizantes

AÑOS	O. N. S. S. (industriales)	F. N. R. O. M. (mineros)	O. S. S. M. M. (Marina mercante)
1947	133.003	136	39
1948	133.282	138	41
1949	130.166	117	48
1950	135.494	119	47
1951	134.076	111	47
1952	132.374	103	40
1953	133.178	102	34
1954	134.690	100	33

La siguiente tabla nos indica la evolución del número de los asegurados pertenecientes a los tres mencionados organismos nacionales :

TABLA NUM. 2

Trabajadores cotizantes

AÑOS	O. N. S. S. (industriales)	F. N. R. O. M. (mineros)	O. S. S. M. M. (Marina mercante)
1947	1.702.800	162.400	—
1948	1.697.802	171.449	3.567
1949	1.598.416	174.966	3.481
1950	1.648.701	160.320	3.472
1951	1.691.232	163.169	3.530
1952	1.658.258	161.903	4.200
1953	1.649.846	156.531	4.200
1954	1.704.970	149.700	4.110

La Oficina Nacional de Seguridad Social y el Fondo Nacional de Retiro de los Obreros Mineros serán el objeto principal de nuestro presente estudio.

II. — OFICINA NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL (O. N. S. S.)

Quien quiera penetrar en el espíritu de la Seguridad Social de Bélgica sin perderse en el complicado laberinto de sus instituciones, debe empezar por conocer el papel que llena en la vida nacional belga la Oficina Nacional de Seguridad Social.

Este organismo supremo fué creado en 1945 con la siguiente triple tarea :

- 1) Recaudar las cotizaciones de todas las ramas del Seguro Social.
- 2) Distribuir el importe recaudado entre los diferentes organismos directivos creados para cada rama de Seguro Social.
- 3) Supervigilar, coordinar, disciplinar y simplificar la administración del Seguro Social, presentando proyectos de Leyes.

En el preámbulo de la Ley de 28 de diciembre de 1944, el Gobierno declaró como fin de sus anhelos y preocupaciones el de llegar a una tasa global de cotizaciones para todas las ramas de Seguros sociales, que debería ser pagada a un único órgano asegurador. Después de diez años de continua lucha, el Gobierno belga logró alcanzar este fin prefijado en cuanto que ha eliminado el sistema de las estampillas, que se practicaba paralelamente con el sistema de planillas. Desde 1954 ya no se aplican las estampillas en el Seguro de Vejez, sino que se pagan en una tasa global todas las prestaciones a la Oficina Nacional de Seguridad Social.

Veamos cómo está compuesta en la actualidad esta cotización global. La situación todavía no es sencilla, porque hay ramas de Seguro Social donde el cómputo de las cotizaciones se hace con respecto a cierto tope de salario, mientras que en otras ramas la cotización se paga en base del salario completo. En cuanto atañe a los topes de salario, su límite fué fijado, hasta julio de 1945, en 3.000 francos mensuales; desde esta

fecha hasta 1953, en 4.000 francos mensuales, y en la actualidad, el tope es de 5.000 francos mensuales o 200 francos diarios.

Otro inconveniente para los patronos se manifiesta en el hecho de que hay cotizaciones que vienen pagándose íntegramente por los patronos, mientras otras están divididas, por partes iguales o desiguales, entre los patronos y obreros. El siguiente cuadro nos da una idea más clara de la presente situación:

	COTIZACION		
	Asegurados	Patronos	Global
<i>Sector obrero</i>			
Cotizaciones calculadas respetando el tope de 5.000 francos mensuales:			
Seguro de Enfermedad-Invalidez ...	3,50 %	3,50 %	7 %
Seguro de Paro ...	1 %	1 %	2 %
Subsidios familiares ...	—	7,50 %	7,50 %
Cotizaciones calculadas sobre el salario completo:			
Seguro de Vejez y Supervivencia ...	4,25 %	4,25 %	8,50 %
Vacaciones pagadas ...	—	6,50 %	6,50 %
TOTAL ...	8,75 %	22,75 %	31,50 %
<i>Sector de los empleados</i>			
Todas las cotizaciones se pagan con el tope de 5.000 francos mensuales:			
Seguro de Enfermedad-Invalidez ...	2,75 %	2,25 %	5 %
Seguro de Vejez y Supervivencia ...	4,25 %	6 %	10,25 %
Seguro de Paro ...	1 %	1 %	2 %
Subsidio familiar ...	—	7,50 %	7,50 %
Subsidio familiar extra durante las vacaciones ...	—	0,50 %	0,50 %
TOTAL ...	8 %	17,25 %	25,25 %

En este lugar queremos llamar la atención al hecho de que la cifra de 31,50 por 100 como tasa global de cotizaciones de los Seguros sociales en Bélgica no es idónea para hacer comparaciones internacionales. De tal cifra se debe deducir el

6,50 por 100 de cotizaciones pagadas por concepto de vacaciones, porque en los demás países son los patronos mismos los que pagan directamente los salarios a sus obreros durante el período de vacaciones anuales, y tales sumas no figuran entre la carga de Seguros sociales. Por otra parte, en el sistema belga no figura la cotización del Seguro de Accidentes del Trabajo, ya que tal ramo se encuentra todavía en manos de Compañías privadas, y su proyectada integración al organismo de la Seguridad Social todavía no fué ejecutada. Según los datos publicados por el órgano nacional de los industriales de Bélgica, esta carga representa el 2,5 por 100 del salario pagado. Teniendo en cuenta estos dos elementos, la verdadera cifra de la carga de la Seguridad Social, idónea a comparaciones internacionales, es del 27,50 por 100 del salario.

En el sistema del pago de las cotizaciones también podemos constatar una continua tendencia a mejorar la situación financiera de la Seguridad Social. Al principio, los patronos pagaron las cotizaciones trimestralmente, a excepción del Seguro de Vejez, en el cual las cotizaciones se pagaban semanalmente por medio de estampillas. Según las últimas disposiciones legislativas, está en vigencia un doble sistema: los patronos que habitualmente ocupan menos de cinco obreros, pagan las cotizaciones trimestralmente, mientras los que ocupan cinco o más trabajadores deben pagar anticipos mensuales sobre la cotización trimestral. Los patronos deben presentar cada trimestre los documentos de pago de las cotizaciones, que consisten en una nómina de asegurados, con los salarios recibidos y las correspondientes cotizaciones, y un documento de contabilidad, todos por triplicado.

La Oficina Nacional de Seguridad Social, recientemente, fué equipada con modernas máquinas perforadoras, por medio de las cuales se llevan las cuentas individuales de los patronos. En estas cuentas individuales se perforan las sumas pagadas, lo que permite un rápido control, después de cada plazo, de

los patronos morosos. La inmediata movilización de los agentes de recaudación para cobrar las cotizaciones en mora ha aumentado sensiblemente los ingresos de la Oficina Nacional de Seguridad Social. Pero todo el incremento de los ingresos no fué suficiente para cubrir los gastos, en continuo aumento, de los Seguros sociales, de manera que para salvar las diferentes ramas de la completa bancarrota el Estado debió intervenir con sus subsidios. Las siguientes cifras hablan claramente de la situación financiera de los dos órganos principales en los años de posguerra :

TABLA NUM. 3

Situación financiera general de la Seguridad Social

(Datos globales de la O. N. S. S. y F. N. R. O. M.)

ANOS	Remuneración completa	Cotizaciones	Subsidio del Estado	Total ingresos	Porcentaje con relación a la remuneración completa
<i>En francos belgas</i>					
1945 ...	39.278.600.000	8.081.200.000	2.652.800.000	10.734.000.000	27,3
1946 ...	57.132.000.000	11.970.600.000	1.828.000.000	17.302.100.000	24,1
1947 ...	73.376.500.000	15.206.500.000	2.095.600.000	13.798.600.000	23,6
1948 ...	80.726.300.000	18.027.800.000	3.692.800.000	21.720.600.000	26,9
1949 ...	81.884.500.000	17.528.400.000	7.711.100.000	25.239.500.000	30,8
1950 ...	85.705.800.000	18.934.400.000	7.995.300.000	26.927.700.000	31,4
1951 ...	97.774.400.000	21.732.000.000	8.306.200.000	30.038.200.000	30,7
1952 ...	108.578.100.000	23.778.100.000	9.919.300.000	33.697.400.000	33,5
1953 ...	101.458.300.000	23.950.500.000	9.946.800.000	33.897.300.000	33,4
1954 ...	104.297.200.000	25.221.400.000	10.240.600.000	35.462.000.000	34,1

Como hemos indicado más arriba, la segunda tarea de la O. N. S. S. es la de distribuir las cotizaciones recaudadas entre las diferentes ramas de Seguros sociales según las disposiciones legales. Las cotizaciones deben recorrer un camino interminable, para regresar después a los asegurados mismos en forma de prestaciones, subsidios de enfermedad, maternidad, invalidez, honorarios médicos, etc. El primer eslabón de este camino lo forman cinco Institutos nacionales, que dirigen y

coordinan el funcionamiento de las diferentes ramas de Seguros sociales. Estos organismos nacionales son los siguientes:

El *Fondo Nacional de Seguro de Enfermedad-Invalidez* (F. N. A. M. I.), que recibe de la Oficina Nacional de Seguridad Social la parte de la cotización global que está destinada para cubrir los gastos del Seguro de Enfermedad-Invalidez.

La *Caja Nacional de Pensiones de Retiro*, que recibe la cuota parte de las prestaciones que le corresponde para desempeñar el Seguro de Vejez y Supervivencia.

La *Oficina Nacional de Colocación y Paro*, que recibe su cuota parte de cotizaciones para distribuirla entre las instituciones encargadas del pago de los subsidios de paro.

La *Caja Nacional de Compensación de Subsidios Familiares*, cuya tarea es la de dirigir en escala nacional el régimen de los Subsidios familiares.

La *Caja Nacional de Vacaciones Anuales*, que recibe la cuota parte de cotizaciones destinadas a pagar las vacaciones anuales.

Para complementar el cuadro presentado, anotamos a continuación las cifras referentes a la distribución de la cotización global recaudada para la O. N. S. S. entre las diversas ramas de Seguro Social en el año 1954:

Seguro de Enfermedad e Invalidez... ..	5.013.400.000 francos.
Seguro de Vejez y Supervivencia... ..	7.917.300.000 —
Seguro de Paro... ..	1.655.000.000 —
Subsidios familiares... ..	6.026.400.000 —
Vacaciones pagadas... ..	4.609.300.000 —

La Oficina Nacional de Seguridad Social tiene un fichero de los 130.000 patronos de Bélgica, y sigue con atención el cumplimiento de sus obligaciones en el campo del Seguro Social. Los datos así obtenidos forman la base de un estudio profundo de la situación financiera de los Seguros sociales, y, en caso necesario, en esta entidad vienen elaborados los pro-

yectos de las nuevas Leyes, los planes de reformas para mejorar el enorme aparato administrativo de la Seguridad Social.

Esta triple tarea acarrea, por supuesto, gastos administrativos que recogemos en el siguiente cuadro :

TABLA NUM. 4

Gastos administrativos de la O. N. S. S.

AÑOS	Cotizaciones recaudadas	Gastos administrativos	Tanto por mil de las cotizaciones
<i>En francos belgas</i>			
1945	7.359.400.000	19.000.000	2,4
1946	11.411.200.000	37.200.000	3,0
1947	14.499.300.000	42.700.000	2,7
1948	17.168.900.000	57.200.000	3,0
1949	15.898.600.000	68.300.000	4,27
1950	16.663.300.000	75.700.000	4,42
1951	19.165.200.000	85.800.000	4,37
1952	20.802.800.000	90.400.000	4,35
1953	20.563.300.000	91.600.000	4,6
1954	22.279.200.000	94.000.000	4,5

Veamos ahora el camino de las cotizaciones distribuídas entre las diferentes ramas del Seguro Social.

III.—SEGURO DE ENFERMEDAD-INVALIDEZ

Fondo Nacional de Seguro de Enfermedad-Invalidez

No existe en Bélgica una Ley que en la bien conocida forma clásica hubiera introducido y reglamentado el Seguro de Enfermedad tratando el campo de aplicación, las cotizaciones y las prestaciones. No obstante, durante unos cien años brotó un sinnúmero de Asociaciones de socorro y Mutualidades que en una u otra forma practicaron el Seguro de Enfermedad. Estas Mutualidades tienen un triple carácter. Se formaron con iniciativa privada, conservando su autono-

mía e independencia y aplicando la solidaridad entre sus propios socios. De esta manera, la compensación de los buenos y malos riesgos se limitó a un círculo modesto de socios. El segundo rasgo que caracteriza estas Mutualidades es el de que cada uno fijaba individualmente las prestaciones que quería otorgar a sus miembros. Fueron Asociaciones que se limitaron a pagar solamente subsidios metálicos en caso de incapacidad para el trabajo; otras Asociaciones ofrecían un servicio gratuito de sus médicos en caso de enfermedad, y prometían su participación en los gastos farmacéuticos. Fueron Mutualidades que limitaron su campo de actividad a la lucha contra la tuberculosis y el cáncer, pagando los gastos de hospitalización y de operaciones quirúrgicas; otras se dedicaron a los casos de maternidad e infancia.

El tercer rasgo característico de las Mutualidades se manifestó en la diversidad de sus principios fundamentales. Unas Asociaciones encontraron su fuente de existencia en sentimientos religiosos, y así se fundaron las Mutualidades Cristianas, inspirándose en los principios contenidos en las Encíclicas Papales. Otras encontraron su motivo de existencia en lemas políticos, y así nacieron las Mutualidades Socialistas y Liberales. Otros grupos desecharon los motivos políticos y religiosos, y se declararon neutros: así nacieron las Mutualidades neutrales. Por último, se fundaron varios grupos, aceptando como base de su unión la igualdad de profesión: ésas fueron las Mutualidades profesionales.

Los Gobiernos del siglo pasado contemplaron con simpatía el brote de estas Mutualidades, garantizando para ellas subvenciones estatales si cumplían algunas condiciones prescritas. Las Mutualidades necesitaron tales subvenciones, porque cerraban sus actividades casi siempre con déficit. La precaria situación financiera y la competencia de las Mutualidades de diferentes matices, políticos e ideológicos, las obligó a formar Federaciones. Más tarde, las Federaciones sintieron la

necesidad de reagruparse en Uniones Nacionales, con el fin de que éstas las guiaran y defendieran ante las autoridades gubernativas. Y así, al término de la segunda guerra mundial, existían cinco Uniones Nacionales. Cuando nació la Ley de la Seguridad Social, nada pudo hacer mejor que confiar la gestión del Seguro de Enfermedad-Invalidez a las cinco Uniones Nacionales. Pero para poder controlar y supervigilar la gestión de las Mutualidades, creó un órgano estatal que se llamó Fondo Nacional de Seguro de Enfermedad e Invalidez (F. N. A. M. I.).

El F. N. A. M. I. tiene funciones financieras, reglamentarias, jurisdiccionales, consultivas y de control. Su principal actividad es la de recibir de la O. N. S. S. la cuota parte de las cotizaciones globales destinadas al Seguro de Enfermedad e Invalidez y distribuirla entre las Mutualidades. De esta cuota parte, el F.N.A.M.I. deduce, para sus gastos administrativos y para formar una reserva de compensación, el 10 por 100. Como función reglamentaria, emana instrucciones y circulares para asegurar una administración uniforme en el seno de las varias Mutualidades. También obliga a las Uniones Nacionales a que entreguen al F.N.A.M.I. datos estadísticos anuales sobre su actividad. Pero su tarea más difícil es la equitativa distribución de su fondo entre las Uniones Nacionales. La Ley sobre la Seguridad Social presenta una fórmula ingeniosa, en cuanto que obliga a los patronos sujetos al Seguro Social a remitir a sus trabajadores con ocasión de la última paga del trimestre *bonos de cotizaciones*. En estos bonos de cotizaciones figura el nombre del asegurado, el salario percibido y las cotizaciones transferidas a la O. N. S. S. La Ley de Seguridad Social dictamina que cada trabajador debe elegir una Mutualidad y afiliarse a ella, presentándole cada trimestre el bono de cotización recibido de su patrono. Las Mutualidades envían estos bonos, con una lista cumulativa cada trimestre, a su Federación. Las Federaciones, por su

parte, transmiten dichos bonos a su Unión Nacional. En el sistema en vigencia hasta 1949, las Uniones Nacionales, por su parte, presentaron todos los bonos de cotización de sus efectivos al Fondo Nacional de Seguro de Enfermedad e Invalidez, el cual liquidaba los bonos presentados.

Las cotizaciones pagadas en la aldea X por concepto de Seguros sociales, pues, recorrieron el siguiente interminable camino :

- 1) Pago de las cotizaciones por el patrono a la O. N. S. S.
- 2) O. N. S. S. entrega cuota parte de Seguro de Enfermedad e Invalidez a la F. N. A. M. I.
- 3) F. N. A. M. I. entrega parte de las cotizaciones en base de los bonos de cotización a las Uniones Nacionales.
- 4) Las Uniones Nacionales distribuyen tal importe entre las Federaciones.
- 5) Las Federaciones distribuyen el importe recibido entre las Mutualidades locales, las cuales son las verdaderas ejecutoras del Seguro de Enfermedad e Invalidez. Así, la cotización pagada por el patrono regresa a la aldea X después que tal suma fué disminuída por los gastos administrativos de la O. N. S. S., gastos de administración del F. N. A. M. I., gastos de administración de la Unión Nacional, gastos administrativos de la Federación y, fnalmente, gastos administrativos de la Mutualidad misma.

Para integrar este cuadro debemos todavía hacer notar que la Ley de Seguridad Social creó Servicios regionales, uno en cada provincia; en total, nueve, que funcionan como agencias del F. N. A. M. I., con la tarea de gestionar el Seguro de Enfermedad e Invalidez para aquellos trabajadores que no quieran afiliarse a ninguna de las cinco Uniones Nacionales. Dispone también la Ley que los trabajadores extranjeros inmigrantes en Bélgica, durante los primeros tres meses de su estancia en el país, deben, forzosamente, afiliarse a es-

tos Servicios regionales, y sólo después, habiéndose orientado en el laberinto de las Mutualidades, pueden elegir, si quieren, una de las Mutualidades.

Uniones Nacionales.—Veamos ahora qué posición toman en la actualidad, en el campo de Seguro de Enfermedad e Invalidez, las cinco Uniones Nacionales. En 1 de diciembre de 1953 funcionaban en Bélgica 1.848 Mutualidades, unidas en 117 Federaciones, con el número de afiliados anotado a continuación:

	Federaciones	Mutualidades	Efectivos
Alianza Nacional de Mutualidades Cristianas...	36	932	818.298
Unión Nacional de Mutualidades Socialistas...	26	89	676.349
Unión Nacional de Mutualidades Neutrales...	31	431	198.509
Liga Nacional de Mutualidades Liberales...	16	216	119.701
Unión Nacional de Mutualidades Profesionales...	8	180	217.060
Nueve Oficinas Regionales del F. N. A. M. I.	—	—	31.767
<i>Total efectivo...</i>			2.061.684

El Seguro de Enfermedad e Invalidez obligatorio empezó su actividad en 1945, pero prontamente se presentaron dificultades financieras. Como hemos visto en el sistema presentado, las Mutualidades recibieron sus correspondientes cotizaciones y la subvención estatal en base de los bonos de cotización. Pero, con el transcurso del tiempo, las Mutualidades se encontraron en déficit. En el año de las elecciones generales de 1948, las Mutualidades socialistas arrojaron un déficit de casi 500 millones de francos. Ellas alegaron que la causa de su desequilibrio financiero fué motivada por la errónea distribución de las cotizaciones entre las Uniones Nacionales, y reclamaron que la distribución se aviniese a base de nuevos

critérios. Los nuevos criterios se fundamentaban en la carga que el asegurado representaba para la Mutualidad. Estos criterios son los siguientes: edad, sexo, profesión, composición de la familia, la remuneración del asegurado y su residencia. El gran trabajo actuarial costó unos 20 millones de francos.

Para ilustrar la situación financiera de las Uniones Nacionales, anotamos a continuación los resultados de su balance final de 1948:

	Superávit	Déficit
<i>En francos belgas</i>		
Mutualidades Cristianas	238.334.455	—
Mutualidades Neutrales.....	140.843.662	—
Mutualidades Socialistas	—	472.036.090
Mutualidades Liberales.....	—	573.886
Mutualidades Profesionales	22.624.175	—
Oficinas Regionales del F. N. A. M. I.	6.180.755	—

Teniendo en cuenta las operaciones del ejercicio de 1949, a fin de este año las reservas acumuladas de las Uniones Nacionales arrojaron las cifras siguientes:

Mutualidades Cristianas.....	695.021.045 francos.
Mutualidades Neutrales.....	218.495.360 —
Mutualidades Socialistas.....	96.393.976 —
Mutualidades Liberales	73.741.078 —
Mutualidades Profesionales.....	163.874.892 —
Oficinas Regionales del F. N. A. M. I.	14.789.336 —

Total..... 1.263.515.687 francos.

La situación no era alarmante mientras existieron las reservas, pero este estado de cosas también cesó en los últimos años a causa de los continuos ejercicios deficitarios, y así, a finales de 1953 se presentó una grave situación financiera, que se refleja en las siguientes cifras:

UNIONES NACIONALES	Reservas al 31-12-52	Déficit	Reservas al 31-12-53
<i>En francos belgas</i>			
Mutualidades Cristianas	533.283.096	— 142.900.000	390.546.171
Mutualidades Neutrales	26.957.245	— 43.270.000	— 16.318.978
Mutualidades Socialistas	— 374.813.000	— 137.500.000	— 512.279.275
Mutualidades Liberales	16.726.696	— 16.300.000	460.137
Mutualidades Profesionales	— 10.788.636	— 8.200.000	— 18.955.006
Servicio Regional... ..	35.449.281	4.100.000	39.554.737

Las Uniones Nacionales con fuerte déficit, basándose en la tesis de la compensación nacional, pidieron al Gobierno que obligara a las Uniones Nacionales con reservas sanas a que enjugaran su déficit. La Alianza Cristiana protestó enérgicamente, alegando que sus Mutualidades administraron los ingresos del Seguro de Enfermedad e Invalidez con alto sentido de responsabilidad, y, consecuentemente, no tenían por qué pagar las consecuencias de una administración irresponsable por parte de otras Uniones que eventualmente usaron sus fondos para financiar luchas políticas y ofrecer prestaciones de competencia para aumentar sus efectivos. Por fin, el Ministro de Trabajo, perteneciente al partido cristiano, pudo persuadir a los dirigentes de la Alianza Cristiana (acuerdo firmado el 26 de marzo de 1953) a que se dieran 200 millones de francos de sus reservas a las Mutualidades deficitarias. La Alianza Cristiana aceptó este sacrificio, principalmente, para salvar el sistema de las Mutualidades.

En conocimiento del organismo encargado de la ejecución del Seguro de Enfermedad e Invalidez, podemos hablar de su funcionamiento. No existe una Ley sobre el Seguro de Enfermedad e Invalidez; toda la actividad viene reglamentada, principalmente, por el Fondo Nacional de Seguro de Enfermedad e Invalidez, que de tiempo en tiempo dirige sus circulares e instrucciones a las Uniones Nacionales.

Contribuciones.—Como ya hemos visto, los patronos pagan una cotización del 7 por 100 del salario, con un tope de

5.000 francos por los trabajadores, y otra del 5 por 100 por sus empleados. La diferencia en la tasa de cotización en favor de los empleados está motivada por el hecho de que en caso de enfermedad de un empleado, su patrono debe pagarle el salario completo en el primer mes de incapacidad para el trabajo, mientras que en el caso de los obreros, la Caja de Seguro paga el subsidio de enfermedad desde el cuarto día de incapacidad.

Prestaciones.—La medida de las prestaciones no está fijada en una Ley, pero en los últimos años fueron promulgadas Reales órdenes que reglamentaron algunos puntos.

Los subsidios de enfermedad se pagan por un espacio de ciento cincuenta días, con una carencia de tres días. El subsidio consiste en un 60 por 100 del salario percibido. Si después de ciento cincuenta días el asegurado permanece todavía enfermo, recibe un subsidio de invalidez por otros ciento cincuenta días, espacio de tiempo llamado período de primera invalidez. Si el asegurado queda todavía inválido, recibe el subsidio de invalidez hasta que llegue a la edad de sesenta y cinco años. Este nuevo espacio de tiempo es conocido bajo el nombre de período de segunda invalidez. El subsidio de invalidez es del 50 por 100 del salario que disfrutaba el inválido. El Real decreto de 4 de junio de 1951 aumentó del 50 al 60 por 100 de la remuneración el subsidio de invalidez para los padres de familia. Los subsidios de enfermedad y de invalidez pueden pagarse sólo si el asegurado de menos de veinticinco años puede demostrar tres meses de afiliación, y el obrero mayor de esta edad, seis meses de afiliación.

En vista de las dificultades financieras de que hemos hablado anteriormente, y para evitar que en el futuro las Uniones Nacionales con balance activo se vean obligadas a venir en ayuda de las Uniones deficitarias, el Gobierno declaró que en el porvenir cada Unión Nacional debería, por sí misma, buscar los medios para su propio saneamiento. En este senti-

do fué dictada la Real orden de 31 de diciembre de 1952, que hacía responsable de su propio equilibrio económico y financiero a cada Unión Nacional. Para evitar un déficit, las Uniones Nacionales podrían aumentar la tasa de cotización fijada en el 7 por 100, cargando a sus propios asegurados con un suplemento extraordinario. También podrían las Mutualidades deficitarias reducir la cuantía de sus prestaciones en beneficio de dicho equilibrio. Pero el legislador, en interés de los asegurados, prescribía las prestaciones obligatorias que deberían otorgar indistintamente todas las Mutualidades. Estas son las siguientes :

- a) Importantes operaciones quirúrgicas y sus correspondientes anestесias ;
- b) Cuidados durante el parto ;
- c) Tratamiento de enfermedades mentales, de cáncer, tuberculosis y poliomiелitis ;
- d) Suministro de prótesis y aparatos ortopédicos determinados ;
- e) Tratamiento especial ;
- f) Radioterapia ;
- g) Tratamiento neuro-psiquiátrico prescrito ;
- h) Los análisis de laboratorio que se prescriben.

La misma Ley prescribió las prestaciones suplementarias que debían otorgar solamente aquellas Mutualidades cuyo equilibrio financiero es estable. Las prestaciones suplementarias son las siguientes :

- a) Asistencia médica de tipo general, consultas y visitas a domicilio por médico general o especialista ;
- b) Productos farmacéuticos y reconocimientos preventivos ;
- c) Cuidados médicos especiales, incluso la hospitalización para observación y diagnóstico durante un máximo de siete días ;

d) Tratamientos dentales, tanto generales como especiales.

Hasta ahora, ninguna Mutualidad ha aumentado la tasa de cotización, ni tampoco ha reducido la medida de sus prestaciones, simplemente por el miedo de perder sus efectivos.

Datos estadísticos.—Como es bien notorio, la O. N. S. S. transmite la cuota parte de las cotizaciones recaudadas correspondientes al ramo de Seguro de Enfermedad e Invalidez al Fondo Nacional de Seguro de Enfermedad e Invalidez, como también los subsidios estatales que, según las disposiciones legales, corresponden a esta rama de Seguros. En el cuadro a continuación anotamos los importes relativos de 1945 a 1954.

TABLA NUM. 5

Ingresos del Fondo Nacional de Seguros de Enfermedad e Invalidez

AÑOS	Cuota parte de las cotizaciones	Subvenciones del Estado	Total ingresos
		<i>En francos belgas</i>	
1945	1.805.900.000	334.700.000	2.140.600.000
1946	2.631.600.000	469.600.000	3.101.200.000
1947	3.120.600.000	624.300.000	3.744.900.000
1948	3.932.400.000	1.104.900.000	5.027.300.000
1949	3.230.000.000	1.548.800.000	4.779.300.000
1950	3.441.700.000	1.242.300.000	4.684.000.000
1951	4.092.000.000	1.261.100.000	5.353.100.000
1952	4.191.200.000	1.516.100.000	5.707.300.000
1953	3.496.200.000	1.413.300.000	4.909.500.000
1954	4.302.900.000	1.649.800.000	5.952.700.000

El F. N. A. M. I., por su lado, deduciendo el 10 por 100 para cubrir sus gastos de administración y para formar una reserva del ramo de Seguro de Enfermedad, remitía, hasta 1949, los fondos necesarios para gestionar el Seguro de Enfermedad e Invalidez a las cinco Uniones Nacionales, a base de los bonos de cotización presentados, y, desde esta fecha,

según los nuevos criterios establecidos por la Ley. En el siguiente cuadro ilustramos los importes transmitidos a los órganos del Seguro de Enfermedad y el resultado de sus gestiones:

TABLA NUM. 6

Situación financiera de los Organos aseguradores en el ramo de Seguro de Enfermedad e Invalidez

ANOS	Ingreso total	Gastos del ramo del Seguro de Enfermedad	Superávit	Déficit
<i>En francos belgas</i>				
1945	2.144.600.000	1.183.000.000	961.600.000	—
1946	3.210.300.000	2.696.400.000	513.900.000	—
1947	3.987.100.000	3.981.200.000	5.900.000	—
1948	4.602.200.000	5.414.500.000	—	812.400.000
1949	4.823.600.000	5.042.700.000	—	219.100.000
1950	4.992.600.000	5.225.400.000	—	232.800.000
1951	5.752.300.000	5.977.800.000	—	225.500.000
1952	6.031.200.000	6.628.400.000	—	577.200.000
1953	6.168.200.000	6.513.200.000	—	345.000.000

En los siguientes cuadros presentaremos la distribución de los principales gastos en especie y en metálico:

TABLA NUM. 7

Evolución de las prestaciones en especie en el Seguro de Enfermedad

ANOS	Honorarios médicos	Medicamentos	Curas especiales	Gastos quirúrgicos	Hospitalización	Gastos de maternidad	TBC
<i>En millones de francos belgas</i>							
1945	161,7	159,5	79,8	60,8	59,6	35,2	25,9
1946	336,8	333,3	227,6	116,5	123,3	78,0	67,3
1947	475,3	530,7	356,8	153,8	168,5	91,7	127,5
1948	715,7	643,2	807,3	274,3	252,9	128,7	205,8
1949	631,2	608,2	586,4	285,1	253,5	131,4	230,4
1950	667,1	677,2	622,8	312,5	276,9	137,6	249,2
1951	715,1	809,4	625,4	334,1	344,7	156,3	292,0
1952	718,6	770,6	663,6	368,1	417,4	183,4	333,0
1953	707,5	754,4	752,9	382,6	362,5	181,0	320,8

En el cuadro siguiente indicaremos la evolución de las prestaciones en metálico:

TABLA NUM. 8

Prestaciones en metálico de 1945 a 1953

AÑOS	Subsidio de enfermedad	Subsidio de invalidez	Subsidio de maternidad	Gastos de sepelio
<i>En millones de francos belgas</i>				
1945	395,8	49,5	3,3	9,7
1946	989,9	115,7	23,9	37,2
1947	1.390,0	231,0	46,7	34,8
1948	1.507,6	329,7	57,4	39,3
1949	1.034,3	586,7	57,5	40,0
1950	960,0	584,1	62,0	40,4
1951	1.154,9	733,5	70,2	46,1
1952	1.323,3	928,0	86,4	49,0
1953	1.271,1	987,5	83,3	50,1

No sería completo nuestro estudio sobre el Seguro de Enfermedad e Invalidez si no presentamos algunas cifras referentes a la distribución de los ingresos y gastos entre las cinco Uniones Nacionales, cifras que permitirán un mejor aprecio del papel que cada una de ellas llena en el campo del Seguro de Enfermedad e Invalidez en Bélgica.

TABLA NUM. 9

Resultados finales en 1953 de las Uniones Nacionales

ORGANOS	Ingresos	Gastos	Superávit	Déficit
Mutualidades Cristianas	2.203.496.101	2.999.635.124	—	96.135.033
Mutualidades Socialistas	2.181.321.638	2.345.412.564	—	164.090.926
Mutualidades Neutrales	576.148.602	629.455.777	—	53.307.175
Mutualidades Liberales	339.800.927	363.885.707	—	24.084.780
Mutualidades Profesionales	700.993.047	709.778.794	—	8.785.747
Oficinas Regionales	105.995.454	103.800.699	2.386.755	—
Total	6.107.757.769	6.451.774.665	Saldo	334.016.896

Será de interés arrojar luz a los gastos de administración de una red tan complicada de organismos al servicio del Seguro de Enfermedad e Invalidez.

Anteriormente, hemos anotado que los gastos de administración de la O. N. S. S. ascendieron, en el año 1953, a 91 millones de francos belgas, de los cuales podemos destacar unos 18 millones de francos belgas como pertenecientes a la rama de Enfermedad e Invalidez. En el mismo año, los gastos administrativos del Fondo Nacional de Seguro de Enfermedad e Invalidez ascendieron a 50.396.000 francos belgas. Veamos ahora los gastos administrativos declarados por los organismos gestores del Seguro de Enfermedad e Invalidez:

Alianza Cristiana.....	161.623.417 francos.
Unión Socialista.....	164.147.091 —
Unión Liberal.....	25.644.410 —
Unión Neutral.....	46.481.154 —
Unión Profesional.....	59.480.115 —
Servicios Regionales.....	10.297.277 —
<i>Total</i>	467.673.464 francos.

Esta suma, con las dos anteriores, hacen un total de 530 millones de francos, que supone el 11 por 100 de las cotizaciones recaudadas en esta rama de Seguro.

Conclusión.—El Gobierno belga está preocupado por el hecho de que la rama de Seguro de Enfermedad e Invalidez, desde hace varios años, se encuentra en déficit, a pesar de los sucesivos aumentos de la tasa de contribución, que actualmente llega al 7 por 100 del salario. Se atribuye la causa de estos males a los abusos que por todas partes abundan. Las 1.800 Mutualidades, en sí mismas, son focos de abusos. Sus gerentes desarrollan una despiadada lucha de competencia, con el objetivo de aumentar sus propios objetivos. No pueden luchar contra el fraude de los estafadores, por miedo de perder a sus asegurados. No faltan tampoco los gestos de com-

placencia y de amistad. Además, la desmembración del órgano asegurador tiene también como consecuencia que las Mutualidades no pueden ostentar un moderno hospital, ni un moderno ambulatorio, como aquellos que encontramos, en gran número, en España o en Italia. La solidaridad nacional se reduce en Bélgica a la solidaridad local, y todo eso para asegurar a los trabajadores el derecho de libre elección de Mutualidad y de médico.

El sistema de bonos de cotización que el patrono debe facilitar a sus trabajadores, y que estos mismos llevan a la Mutualidad por ellos libremente elegida, significa una humillación para las Mutualidades. Los trabajadores portadores de los bonos de cotización, que significan ingresos en metálico para las Mutualidades, se consideran con derecho a dictar sus condiciones, sus deseos, con una fuerte tendencia—como lo afirman los expertos belgas en la materia—a recobrar de la Mutualidad lo que le han pagado.

Toda esta pesada y desmembrada estructura del Seguro de Enfermedad, de Bélgica, adolece de dos errores congénitos. Como hemos podido observar, el Seguro de Enfermedad está acoplado con el Seguro de Invalidez. En los demás países, el Seguro de Invalidez está unido al Seguro de Vejez, siendo ambos Seguros de riesgos a largo plazo. Además, las bases financieras de este Seguro de Invalidez belga carecen de solidez. ¿Qué Seguro se atrevería a prometer el pago de rentas vitalicias de invalidez hasta la edad de sesenta y cinco años, a base de una única cotización trimestral? Todas las Leyes en esta materia requieren, por lo menos, una afiliación de cinco años en el Seguro de Invalidez y Vejez. Los gastos desembolsados por concepto de subsidio de invalidez crece de año en año, como lo demuestran las siguientes cifras:

TABLA NUM. 10

Evolución de los gastos de subsidio de invalidez

A Ñ O S	Número de inválidos	Subsidios de invalidez (segundo periodo de in- validez)
		<i>Franco belgas</i>
1946	7.625	49.530.436
1947	13.600	115.702.815
1948	22.209	231.050.307
1949	27.663	329.740.257
1950	36.966	392.977.525
1951	38.414	423.318.454
1952	41.350	570.500.000
1953	45.000	713.500.000
1954	?	774.400.000

Estas cifras se refieren solamente a los inválidos del segundo período. Según la Ley de Bélgica, se consideran inválidos de primer período aquellas personas que, después de ciento cincuenta días de incapacidad para el trabajo, continúan en esta incapacidad hasta trescientos días, mientras en el segundo período de invalidez están incluidas las personas que continúan inválidas después de estos trescientos días.

El segundo error congénito es que el Seguro de Accidentes del Trabajo no está acoplado con el Seguro de Enfermedad, y como hace hincapié el señor Leon Eli Troclet, Ministro de Trabajo y Previsión Social de Bélgica, en su valioso libro titulado «Los problemas belgas de la Seguridad Social», muchos asegurados, en casos de pequeños accidentes, no declaran su caso a las Compañías de Seguro privado, para evitar largos trámites, sino que se dirigen a su Mutualidad para recibir subsidios de enfermedad. Y la Mutualidad paga en estos casos también los honorarios de los médicos y los medicamentos. Las Compañías de Seguro privado recaudan, pues, las primas del Seguro de Accidentes del Trabajo, pero los gastos deben soportarlos las Mutualidades sin cobrar las correspondientes cotizaciones. Actualmente, está en estudio un pro-

yecto de integrar el Seguro de Accidentes del Trabajo en el seno de la Seguridad Social.

IV.—SEGURO DE VEJEZ Y SUPERVIVENCIA

La incertidumbre y el miedo a la vejez despertó el interés hacia la primera manifestación de previsión. Esta vez, la iniciativa vino por parte del Gobierno, el cual, por la Ley de 8 de mayo de 1850, creó una Caja General de Retiro. Según esta Ley, cualquier persona mayor de dieciocho años era admitida a hacer pagos a dicha Caja para adquirir derecho a una renta vitalicia a la edad de cincuenta y cinco, sesenta o sesenta y cinco años. La renta máxima fué fijada en 720 francos al año. Las esperanzas fundadas sobre el porvenir de la Caja no se realizaron, en cuanto que en 1865, es decir, quince años más tarde, el número total de los afiliados no llegó a 2.000 personas. De una parte, la clase trabajadora todavía no estaba madura para practicar la previsión futura, y, de otra parte, los salarios eran tan bajos que con ellos los obreros apenas podían cubrir las necesidades del presente, y mucho menos ahorrar para el futuro.

La Ley de 18 de marzo de 1865 aportó diversas modificaciones, y, entre ellas, fué creada una Sección de Ahorro, y la Caja tomó la denominación de Caja General de Ahorro y Retiro. La Ley de 1 de julio de 1869 elevó de 720 a 1.200 francos la renta máxima por año. A pesar de todo, el número de los afiliados apenas llegó a 7.000 hasta el año 1888, y el importe anual pagado a las cuentas individuales, a 6 millones de francos.

El primer serio empuje al movimiento del Seguro de Vejez dado por el Gobierno fué en 1889, cuando éste dirigió un mensaje a las Sociedades de Socorros Mutuos, invitándoles a inculcar a la clase trabajadora la práctica de la previsión, ofreciéndose las mismas a ser intermediarias entre los traba-

jadores y la Caja General de Ahorro y Retiro. En 1891, el Gobierno acordó también un subsidio a las Mutualidades que tomaron parte en la divulgación y propaganda del Seguro de Vejez libre. Como consecuencia de esta propaganda, el número de los afiliados se aumentó de 7.000 a 168.000 en el año 1899, y la reserva de la Caja se incrementó de 6 millones a más de 26 millones de francos.

La Ley de 10 de mayo de 1900 dió un ulterior paso notable en la vida de la Caja General de Ahorro y Retiro, que cambió el sistema vigente de afiliación libre en libertad subsidiada, en cuanto que el Gobierno prometió pagar premios de estímulo a los afiliados.

El primer paso hacia un verdadero Seguro de Vejez Obligatorio ocurrió en 1911, cuando la Ley de 5 de junio de este año introdujo el Seguro de Vejez de los Mineros. La aplicación de esta Ley aumentó en 225.000 el número de las cuentas individuales llevadas en la Caja General. Antes de la promulgación de la Ley de 10 de diciembre de 1924, que introdujo un régimen de Seguro Obligatorio de Vejez para todos los trabajadores, la Caja contaba ya con 2.200.000 cuentas individuales, y tenía un fondo de reserva de 501 millones de francos. En la Ley de 1924 se manifestó por primera vez la intervención triple en el financiamiento de las cargas del Seguro, es decir, la participación de los asegurados, de los patronos y del Estado en el pago de las cotizaciones. Las prestaciones garantizadas fueron las siguientes: una renta de vejez de 480 francos por año y una renta de viudedad de 240 francos anuales. Tales rentas fueron integradas, por parte del Estado, con un aumento del 50 por 100 de la renta constituida por los propios pagos de los asegurados, de manera que, en total, la renta máxima fué de 720 francos por año para los trabajadores y 360 francos para las viudas. La Caja General de Ahorros y Retiro fué encargada de llevar las cuentas individuales, pero los asegurados podían elegir cual-

quier Mutualidad para que ésta efectuara la transferencia de las cotizaciones. El pago de las cotizaciones se efectuaba por aplicación de estampillas sobre una tarjeta de pensiones.

Los siguientes datos nos dan una idea de los primeros años de vida del Seguro de Vejez Obligatorio. En 1927, el número de asegurados era de 1.276.700, y el importe total de las contribuciones ascendió a 60.979.545 francos. Dos años más tarde, en 1929, el número de los asegurados aumentó a 1.414.402, y el importe total de las contribuciones ascendió a 68.204.075 francos.

Para la protección de los empleados fué promulgada la Ley de 10 de marzo de 1925, introduciendo el Seguro Obligatorio de Vejez de los empleados privados; pero tal Ley no fué puesta en práctica, y la base del Seguro de Vejez de los Empleados la formó la nueva Ley de 18 de junio de 1930, que todavía está en vigor. Esta Ley fijó la tasa de contribuciones en el 7 por 100 del salario, del cual el 3 por 100 está a cargo del empleado y el 4 por 100 del patrono. Para calcular las contribuciones fué fijado un tope de remuneración en 18.000 francos anuales. A la gestión del Seguro de Vejez fueron admitidas las Mutualidades, Cajas de Empresa y también la Caja General de Ahorro y Retiro.

La Real orden núm. 16, de 22 de julio de 1939, creó la Caja Nacional de Mejoras de Rentas de Vejez, de Viudedad y de Subsidios de Orfandad. Fueron también creados los Fondos de Viuda y Huérfanos. La tarea de esta Caja Nacional de Mejoras era la de integrar las pensiones pagadas, las cuales, con la desvalorización del franco, perdieron mucho de su poder adquisitivo.

Y, finalmente, tenemos la Ley de 28 de diciembre de 1944, sobre la Seguridad Social, la cual encargó a la dicha Caja Nacional de Mejoras de Rentas de Vejez de la gestión de los fondos que provenían de la Seguridad Social y eran destinados a cubrir las pensiones de vejez y viudedad del sector de

los obreros. Por Real orden de 30 de enero de 1945 fué encargada la mencionada Caja también del pago de las pensiones de vejez en el sector de los empleados.

La Ley de 29 de diciembre de 1953 produjo un importante cambio en la vida del Seguro de Vejez. Mientras, hasta esta fecha, el Seguro de Vejez se basaba en el principio de capitalización individual, la nueva Ley introdujo el sistema de repartición de los gastos. Según las nuevas disposiciones, las pensiones están proporcionadas a la remuneración total de las personas aseguradas durante su carrera de trabajo, y su importe varía directamente con el número de los años de servicio. El Seguro de Pensión de Vejez se aplica a todos los trabajadores empleados con un contrato de trabajo, contrato doméstico o contrato artesano. La Ley creó, en el Ministerio de Trabajo y Previsión Social, una Oficina Nacional de Pensiones para Obreros, la misión de la cual consistía en garantizar, con la garantía del Estado, la ejecución de la Ley sobre el Seguro de Vejez y Supervivencia para los trabajadores, y, especialmente, en fijar la cuantía de las prestaciones y de notificarla a los interesados. La Caja Nacional de Mejora de Rentas de Vejez y los Fondos de Viudas y de Huérfanos también se fusionaron con la dicha Oficina Nacional de Pensiones para Obreros.

Según las nuevas disposiciones, la Oficina Nacional de Pensiones remite trimestralmente los datos relativos a los asegurados a la Caja General de Ahorro y Retiro, en la cual se lleva para cada trabajador sujeto a la Ley una cuenta individual en la que se anotan las cotizaciones, los datos relativos a la actividad laboral y a las remuneraciones del asegurado. La Caja Nacional de Pensiones deposita sus fondos en la Caja General de Ahorro y Retiro, con excepción de aquellos fondos destinados a cubrir los gastos de funcionamiento. La Caja General de Ahorro y Retiro está encargada particularmente

del pago de las prestaciones fijadas anteriormente por la Caja Nacional de Pensiones.

Régimen financiero.—La cotización por concepto de Seguro de Vejez fué fijada en la Ley de 1953 como sigue: para el año 1954, en el 8 por 100 del salario; para 1955, en el 8,50 por 100, y desde 1956, en el 9 por 100 del salario, con un tope de 5.000 francos mensuales. La mitad de la cotización está a cargo del asegurado, y la otra mitad al del patrono, mientras que el Estado abona a la Oficina Nacional de Pensiones para los Obreros una subvención anual de 1.200 millones de francos. Esta subvención se incrementa en 40 millones de francos todos los años, y por un término de veinte. Hasta 1983, comprenderá la cifra de 670 millones de francos.

La tasa de cotización en el sector de los empleados está fijada, desde 1951, en el 10,25 por 100 del salario, con un tope de 5.000 francos mensuales. Los empleados pagan el 4,25 por 100 y los patronos el 6 por 100 de tal tasa. Según el sistema actualmente en vigor, las Cajas que gestionan el Seguro de Vejez reciben el 7 por 100 del salario, suma que se anota en la cuenta individual de los empleados, mientras que el órgano nacional que fija las rentas recibe el 3,25 por 100 del salario. Los patronos pueden deducir de la cotización global de la Seguridad Social el importe pagado por ellos directamente a la Caja de Pensión privada o a la Mutualidad.

Prestaciones.—La pensión de vejez se concede a partir de los sesenta y cinco años para los hombres y de los sesenta para las mujeres. Sin embargo, a petición del interesado, podrá otorgarse la pensión dentro de un período de cinco años anterior a las edades antes mencionadas; en este caso, sufrirá una reducción del 7 por 100 por cada año que se anticipe.

La pensión se calculará proporcionalmente al número de los años civiles posteriores a la entrada en vigor de la Ley, en el curso de los cuales el asegurado ejerció su actividad labo-

ral. Cada año se computará a razón de $1/45$ para el trabajador del sexo masculino y $1/40$ para el trabajador del sexo femenino. La media anual de las remuneraciones se computará a razón del 60 por 100 para el trabajador cuya esposa no ejerciera ninguna actividad profesional o no disfrutara de una renta, pensión o indemnización. Esta media se computará a razón del 45 por 100 para los demás trabajadores. La pensión alcanzará su cuantía máxima después de una actividad laboral ejercida durante cuarenta y cinco años para el hombre y cuarenta para la mujer.

La pensión de viudedad se concede a los sesenta años de edad, pero podrá concederse durante el período de cinco años que precede a esta edad; en tal caso, la pensión sufre una reducción del 7 por 100 por cada año que se anticipe. La concesión de la pensión de viudedad está subordinada a un año, cuando menos, de matrimonio. La pensión de viudedad se calcula proporcionalmente al número de años civiles posteriores a la entrada en vigor de la Ley de 1953, durante los cuales el difunto marido había ejercido la actividad laboral. Cada año se computa a razón de $1/40$. La media anual de las remuneraciones del difunto marido se computará a razón del 30 por 100. La viuda que, al fallecer su marido, no pudiera beneficiarse de la pensión o del subsidio de viudedad, recibirá una indemnización de compensación igual a una anualidad del subsidio de viudedad.

La nueva Ley, promulgada con fecha 28 de junio de 1954, garantiza una pensión mínima de 28.000 francos al año para un hombre casado cuya esposa no realice trabajo remunerado, y de 18.700 francos para los demás. La pensión mínima de viudedad que se garantiza por esta Ley se eleva a 14.000 francos al año para las viudas de sesenta años, y a 11.500 francos para las viudas de cincuenta y cinco años. Dicha Ley cambió la denominación de Oficina Nacional de Pensiones de los Obreros por la de Caja Nacional de Pensiones de Retiro

y de Supervivencia. La mencionada Ley, probablemente, selló la suerte de las Mutualidades que hasta ahora tomaron parte en el trámite de los asuntos de Seguro de Vejez de sus afiliados. Ya no se pagan las contribuciones por medio de estampillas, ni se remiten tarjetas de pensiones a la Caja General de Ahorro y Pensiones, sino que las cotizaciones del Seguro de Vejez se incluyen en la tasa global de la Seguridad Social. El papel de la Caja General de Ahorro y de Pensiones también se reduce por las últimas disposiciones, porque las contribuciones se recaudan, como hemos dicho, por la Oficina Nacional de la Seguridad Social, la cual, por su lado, transfiere la cuota parte correspondiente al Seguro de Vejez a la nueva Caja Nacional de Pensiones de Retiro y Supervivencia, mientras que en la Caja General de Ahorro y de Retiro se llevan simplemente los datos de los asegurados sobre sus cuentas individuales.

Datos estadísticos.—Como hemos expuesto anteriormente, el tesorero del régimen del Seguro de Vejez y Supervivencia es la Caja General de Ahorro y de Retiro, que durante su existencia de ciento cinco años llenó un importantísimo papel en la vida económica de Bélgica. Culminó su actividad en 1953, pero con las nuevas disposiciones sobre el Seguro de Vejez, últimamente sus ingresos anuales se disminuyeron. Las cifras a continuación dan una idea de las sumas recaudadas y de las reservas de esta institución financiera:

TABLA NÚM. 11

Actividad de la Caja General de Ahorro y de Retiro

ANOS	Número de las cuentas individuales	Sumas recaudadas	Rentas liquidadas	Fondo de reserva al fin del año
		<i>En francos belgas</i>		
1936	4.148.083	317.600.000	97.100.000	4.469.300.000
1945	5.069.065	431.100.000	278.500.000	9.066.200.000
1946	5.206.632	599.700.000	239.000.000	9.781.100.000
1947	5.337.799	700.600.000	260.000.000	10.592.500.000

AÑOS	Número de las cuentas individuales	Sumas recaudadas	Rentas liquidadas	Fondo de reserva al fin del año
<i>En francos belgas</i>				
1948	5.358.276	744.500.000	322.800.000	11.419.600.000
1949	5.411.609	741.900.000	318.400.000	12.280.600.000
1950	5.468.155	761.100.000	345.100.000	13.163.700.000
1951	5.514.687	885.100.000	365.200.000	14.225.500.000
1952	5.555.549	939.200.000	389.500.000	15.392.800.000
1953	5.580.146	981.600.000	433.600.000	16.603.100.000
1954	5.545.107	724.800.000	461.800.000	17.586.400.000

Pero a estas cifras debemos añadir la suma de francos 59.005.564.630 depositados en la Sección de Ahorro. Una parte importante de este enorme patrimonio se encuentra invertida en empréstitos otorgados para la construcción de viviendas baratas. De hecho, la Caja General de Ahorro y de Retiro puede ser considerada la institución financiera más importante de Bélgica.

Ahora veamos los datos relativos a las cotizaciones recaudadas por la Oficina Nacional de Seguridad Social por concepto de Seguro de Vejez. Las cifras a continuación incluyen también aquellas cotizaciones pagadas en estampillas a la Caja General de Ahorro y de Retiro.

TABLA NUM. 12

Cotizaciones y subvenciones estatales en el Seguro de Vejez y Supervivencia

AÑOS	COTIZACIONES EN EL SECTOR		TOTAL	Subvención estatal
	Obreros	Empleados		
<i>En francos belgas</i>				
1945	1.580.500.000	948.800.000	2.528.500.000	846.600.000
1946	2.345.300.000	1.304.700.000	3.650.000.000	1.117.500.000
1947	2.802.900.000	1.557.500.000	4.360.000.000	1.393.600.000
1948	2.964.500.000	1.679.100.000	4.643.600.000	1.675.400.000
1949	2.875.200.000	1.699.100.000	4.574.300.000	1.795.100.000
1950	3.014.900.000	1.762.600.000	4.777.500.000	2.180.700.000
1951	3.516.500.000	1.964.800.000	5.481.300.000	2.895.400.000
1952	3.651.400.000	2.114.000.000	5.765.400.000	2.943.400.000
1953	4.321.800.000	2.158.100.000	6.479.800.000	2.997.600.000
1954	4.703.400.000	2.158.900.000	6.862.300.000	3.157.700.000

Mientras, por la última reforma del Seguro de Vejez y Supervivencia, la gestión del Seguro en el sector obrero fué centralizada en una única Caja Nacional, en el sector de empleados todavía existen varias instituciones, entre las cuales figura como la más destacada la Caja Nacional de Pensiones para Empleados. A continuación anotamos algunos datos relativos a la actividad de esta institución:

TABLA NUM. 13

Actividad de la Caja Nacional de Pensiones para los Empleados

AÑOS	Número de cuentas individuales	Cotizaciones	Pensiones pagadas
1932	99.174	70.019.720	61.952
1940	174.969	73.901.922	5.290.188
1950	389.426	470.862.331	32.353.499
1951	412.712	545.160.473	37.899.210
1952	426.174	609.174.725	43.661.748
1953	438.546	613.226.094	50.244.916

Las reservas constituídas en esta institución de los empleados ascendían a 6.189.304.255 francos en 1953.

En el cuadro a continuación presentamos en su aspecto total la rama de Seguro de Vejez y Supervivencia ejecutada en beneficio de los obreros y empleados privados en los cinco sectores de la vida económica (Industria, Comercio, Agricultura, Minería y Marina mercante):

	1951	1952	1953
	<i>En millones de francos belgas</i>		
Contribuciones:			
Asegurados	3.353,0	3.440,5	3.678,5
Patronos	3.672,7	3.801,5	4.047,0
Subvención estatal	3.376,1	3.472,9	3.510,9
Renta del Patrimonio	1.273,7	1.377,5	1.524,1
Total ingreso	11.645,5	12.092,4	12.760,5

	1951	1952	1953
	<i>En millones de francos belgas</i>		
Prestaciones :			
En metálico	8.248,0	9.136,8	9.671,4
En especie.....	221,0	236,1	236,6
Gastos administrativos.....	275,3	302,1	316,7
<i>Total gastos.....</i>	<i>8.744,4</i>	<i>9.675,0</i>	<i>10.224,7</i>
Superávit (saldo)	2.901,1	2.417,4	2.535,8

En fecha 31 de marzo de 1955, el número de todos los beneficiarios de pensiones (vejez, viudedad, orfandad, etc.) era de 508.732, lo que significa un importe total de prestaciones en el año 1955 por valor de 7.601.957.744 francos (1).

V.—EL SEGURO OBLIGATORIO DE PARO

Oficina Nacional de Colocación y Paro

Uno de los primeros países en el cual brotó la idea de proteger a los trabajadores contra el riesgo de desempleo fué Bélgica. La iniciativa vino del seno de los obreros mismos, los cuales, en su defensa, formaron Cajas de Socorro, a las cuales pagaron sus propias contribuciones. Fué la Liga Tipográfica de Gand una de las primeras Cajas, cuyo origen data de julio de 1867. El ejemplo fué seguido por varios Sindicatos, y también la iniciativa privada, prontamente secundada por las autoridades públicas, y así el movimiento de protegerse contra el riesgo de paro tomó un gran desarrollo. En 1897, la provincia de Lieja decidió pagar a la Caja Mutua de Desempleo una subvención de 1.500 francos. En 1900, la ciudad de Gand creó el primer Fondo Municipal de Desempleo. Otras ciudades, en breve tiempo, siguieron el ejemplo

(1) Se llama la atención del lector a la página 877, correspondiente a la parte tercera de este número, LEGISLACIÓN, que contiene el texto de la última Reglamentación sobre el Seguro de Vejez en Bélgica.

de Gand, y crearon Fondos Municipales de Desempleo. Este régimen es conocido bajo el nombre de sistema de Gand.

En 1913, el número de afiliados voluntarios de las Cajas Mutuas contra el Paro era de 126.278 asegurados, quienes se dividieron entre 634 Cajas. Los subsidios de paro pagados en este año se cifraron en 768.482 francos. En caso de desempleo, los socios recibieron un subsidio igual al 50 por 100 de los anteriores salarios percibidos, alrededor de 1,90 francos al día.

En 1919, el Gobierno prometió pagar a las Cajas de Desempleo un subsidio igual al 50 por 100 de las cotizaciones recaudadas por ellas.

La Real orden de 27 de julio de 1935 creó la Oficina Nacional de Colocación y Paro, pero todavía no introdujo el Seguro obligatorio contra el desempleo.

La Ley de 28 de diciembre de 1944 sobre la Seguridad Social, al introducir el Seguro de Paro obligatorio, creó un Fondo provisional para el socorro de los trabajadores desocupados. Para el mantenimiento de este Fondo se decretó una contribución obligatoria del 2 por 100 del salario, del cual mitad estaba a cargo de los asegurados y mitad al de los patronos. El Fondo debía controlar la actividad de todas las Asociaciones privadas y de los Fondos municipales creados anteriormente. En dicha Ley, el Gobierno fijó una fuerte subvención para el buen funcionamiento del Fondo, especialmente en los años de crisis económica.

El Fondo se transformó, en 1949, en la Caja Nacional de Colocación y Paro, y actualmente, bajo su supervigilancia y control, funcionan 109 Cajas Sindicales, 2.670 Fondos municipales y 29 propias Oficinas regionales.

Las prestaciones en caso de desempleo consisten en un subsidio casi igual a la mitad del último salario, que viene a ser aumentado para los cabezas de familia por un subsidio especial por cada hijo a cargo. Los subsidios familiares son

iguales a aquellos pagados a los trabajadores activos. Por el Decreto de 10 de mayo de 1951, las prestaciones fueron aumentadas; según este Decreto, el subsidio diario de desempleo que corresponde a un obrero calificado, casado, cuya esposa se dedique a las tareas domésticas, es de 83,60 francos (1,65 dólares USA) en las ciudades importantes, y de 68,40 francos en los distritos rurales. El suplemento de subsidio familiar por un solo hijo es de 12,26 francos diarios en las grandes ciudades, y se aumenta proporcionalmente según el número de hijos.

De conformidad con el Decreto de 22 de junio de 1951, los subsidios de paro se pagan si el trabajador desocupado ha estado empleado durante seis de los diez meses anteriores a la presentación de su solicitud de prestación. Asimismo, tiene que haber pagado las cotizaciones de Seguridad Social en el transcurso de dichos seis meses de empleo.

Ultimamente, la Caja Nacional de Colocación y Paro organizó un servicio de adaptación profesional a los diferentes oficios, para permitir la más rápida colocación de los parados.

Siendo Bélgica un país eminentemente industrial, sus trabajadores están expuestos a las crueles consecuencias de las crisis económicas, y por eso el Seguro de Paro ha sido, y es, una de las primeras preocupaciones de los Gobiernos. Para demostrar la evolución de las cargas soportadas por concepto de subsidio de desempleo, anotamos las siguientes cifras:

En 1913 se pagaron subsidios por valor de	768.484 francos.
En 1929 se pagaron subsidios por valor de	14.370.457 —
En 1934 se pagaron subsidios por valor de	963.567.000 —
En 1954 se pagaron subsidios por valor de	5.978.000.000 —

Datos estadísticos.—En 1954, el número de las personas aseguradas contra el desempleo ascendió a 2.052.458 unidades, entre las cuales 1.546.666 hombres y 505.792 mujeres. Será de interés seguir la evolución del desempleo en la última década.

TABLA NUM. 14

Evolución del paro desde 1945 a 1954

AÑOS	Parados completos	Parados parciales	Total parados
1945	115.113	29.466	144.579
1946	48.035	19.257	67.292
1947	35.639	31.921	67.560
1948	80.959	48.244	129.203
1949	173.988	60.908	234.896
1950	169.972	53.565	223.537
1951	153.452	53.068	206.520
1952	173.570	72.968	246.538
1953	183.614	62.193	245.807
1954	166.926	57.826	224.752

El siguiente cuadro nos ilumina en lo que se refiere a los ingresos de la Caja Nacional de Colocación y Paro. Tales ingresos se componen de las sumas transferidas por la Oficina Nacional de Seguridad Social como cuota parte de las cotizaciones correspondientes a esta rama de Seguro, importes transferidos por el Fondo Nacional de Retiro de los Obreros Mineros (F. N. R. O. M.), cotizaciones de los obreros mineros y, por fin, las no insignificantes subvenciones estatales.

TABLA NUM. 15

Evolución de los ingresos en el Seguro de Paro

AÑOS	COTIZACIONES TRANSFERIDAS		Subvención estatal	Diversos	TOTAL
	O. N. S. S.	F. N. R. O. M.			
<i>En millones de francos</i>					
1946	755	80	219	153	1.207
1947	1.150	101	50	195	1.496
1948	1.185	124	879	275	2.463
1949	1.135	159	4.166	171	5.631
1950	1.175	130	3.790	512	5.607
1951	1.305	137	3.510	163	5.115
1952	1.460	158	4.771	240	6.629
1953	1.540	160	4.850	329	6.879
1954	1.510	149	4.650	517	6.826

Por lo que atañe a la evolución de los gastos del Seguro de Paro, a continuación anotamos las siguientes cifras:

TABLA NUM. 16

Evolución de los gastos en el Seguro de Paro

AÑOS	Prestaciones	Gastos de administración	Total gastos	Superávit
<i>En millones de francos</i>				
1946	850	164	1.014	193
1947	1.062	159	1.226	270
1948	2.086	273	2.299	164
1949	4.796	334	5.130	501
1950	5.125	326	5.451	156
1951	4.337	360	4.897	218
1952	5.879	451	6.329	300
1953	5.925	469	6.394	485
1954	5.978	498	6.476	350

Para completar los anteriores datos, a continuación exponemos los subsidios medios diarios pagados en los últimos cinco años a los desocupados:

En 1950...	67,90 francos (1,30 dólares USA)
En 1951...	68,20 francos (1,38 dólares USA)
En 1952...	71,60 francos (1,41 dólares USA)
En 1953...	73,00 francos (1,46 dólares USA)
En 1954...	73,50 francos (1,47 dólares USA)

En conclusión, podemos afirmar que Bélgica es uno de los países que ha resuelto, en el sentido más humano posible, con una generosa contribución de toda la nación solidaria, la situación económica de los parados.

VI.—LOS SUBSIDIOS FAMILIARES

Bélgica es uno de los países precursores en el campo de salario familiar. Apenas terminada la primera guerra mundial, penetró el pensamiento de que los padres de familia

merecen más alto salario que las personas que no tienen carga de familia. Y encontraron una afortunada fórmula para poner en práctica tales ideales en las así llamadas Cajas de Compensación. Ya en 1921 y 22 encontramos las primeras Cajas de Compensación, que fueron creadas por la intervención de un grupo de patronos en Verviera, Lieja, Tournai y Anversa. En el mes de diciembre de 1922 fué creado un órgano de coordinación para las Cajas de Compensación, que se denominó Comité de Estudios de Alocaciones Familiares. Este se convirtió más tarde en la Asociación de Cajas de Compensación para Alocación Familiar, que todavía guía y asesora a las Cajas de Compensación.

Cuando el movimiento, nacido por iniciativa privada, se afirmó y dió sus frutos, el legislador, por la Ley de 4 de agosto de 1930, introdujo los Subsidios familiares obligatorios en la industria y, sucesivamente, en el comercio y en la agricultura.

Por la Ley de 31 de octubre de 1937, el sistema de Subsidios familiares fué extendido también a los trabajadores independientes.

En el nuevo régimen de la Seguridad Social, por Ley de 10 de enero de 1947, fué creado un organismo de escala nacional llamado Caja Nacional de Compensación para las Alocaciones Familiares. Este organismo tiene por misión, según la citada Ley:

a) A contribuir a la simplificación, armonía y unificación progresiva de los organismos y de la legislación concerniente a las alocaciones familiares;

b) A coordinar y controlar la acción de los diversos organismos que participan o concurren en la aplicación de la legislación en cuestión;

c) A hacer propuestas al Ministro de Trabajo y Previsión Social para mejorar el régimen de las alocaciones familiares;

d) A efectuar la repartición de las cotizaciones recaudadas por la Oficina Nacional de Seguridad Social por concepto de alocaiones familiares entre las instituciones gestoras.

Régimen financiero.—Inicialmente, la Ley de Seguridad Social ha fijado en el 6 por 100 la tasa de cotizaciones del Subsidio familiar, que fué aumentado desde el 1 de enero de 1950 al 7,50 por 100; esta cotización está completamente a cargo del patrono, y se paga con un tope de salario de 5.000 francos mensuales. Además, el Estado otorga una subvención anual de 600 millones de francos.

Prestaciones. — En el campo de los Subsidios familiares encontramos una generosa asistencia a las familias belgas. El subsidio familiar para el primer hijo es de 315 francos, y la misma suma se paga por el segundo; para el tercer hijo es de 430 francos; para el cuarto, 525 francos; para el quinto hijo, y por cada hijo más, 695 francos mensuales por cada hijo.

El subsidio familiar de los huérfanos de padre o madre es de 775 francos cada uno para el primero y segundo hijo, y de 800 francos cada uno para los siguientes. Si el huérfano lo es de padre y madre, el subsidio familiar para el primero y segundo hijo es de 1.015 francos cada uno, y de 1.040 francos para el tercero y siguientes hijos.

Desde 1 de mayo de 1951 (Real orden de 15 de mayo de 1951), las madres de familia que se quedan en su hogar a educar a sus hijos reciben, para el primer hijo, 100 francos, y para los demás hijos, 50 francos mensuales por cada uno.

Los subsidios familiares se pagan hasta la edad de veintiún años cumplidos.

Desde 1 de julio de 1947 (Real orden de 7 de octubre de 1947), se pagan, además, los siguientes importes por concepto de subsidio de natalidad: por el primer parto, 1.800 francos, y por los siguientes, 900 francos cada uno.

Desde 1952 se pagan también subsidios familiares espe-

ciales durante las vacaciones a los padres de familia, para promover viajes, mejor alimentación, etc.

El cuadro a continuación dará una idea más clara de los importes mensuales de los Subsidios familiares pagados en Bélgica :

TABLA NUM. 17

Escala de los Subsidios familiares pagados mensualmente

Número de hijos	Subsidios por hijos	Subsidio a la madre en el hogar	Total Subsidio familiar	Valor expresado en dólares USA
<i>En francos belgas</i>				
1 hijo	315	100	415	8,30
2 hijos	630	150	780	15,60
3 —	1.060	200	1.260	25,20
4 —	1.585	250	1.835	36,70
5 —	2.280	300	2.580	51,60
6 —	2.975	350	3.325	66,50
7 —	3.670	400	4.070	81,40
8 —	4.365	450	4.815	96,30
9 —	5.060	500	5.560	111,20
10 —	5.755	550	6.305	126,11
11 —	6.450	600	7.050	141,00
12 —	7.145	650	7.795	155,90

Entidades aseguradoras. — Como hemos dicho anteriormente, todo el régimen de los Subsidios familiares está bajo la supervisión y coordinación de la Caja Nacional de Compensación de las Asignaciones Familiares. Bajo la guía de esta Caja, funcionan 66 Cajas regulares y 7 Cajas especiales; en total, 73 Cajas gestoras, que pagan los Subsidios familiares a sus afiliados. Cada patrono tiene el derecho de afiliarse a una de dichas 73 Cajas de Compensación. La Ley de 27 de marzo de 1951 estipula que si el total de las contribuciones debidas a una Caja de Asignaciones Familiares sobrepasa el total de los subsidios cuyo pago corresponde a su cargo, el excedente se deposita en la Caja Nacional de Compensación, que emplea estas sumas para liquidar todo déficit que pudiera

existir en las operaciones de otras Cajas. La Caja Nacional de Compensación paga a las Cajas locales y especiales, por cada asegurado inscrito en ellas, una cotización de 9,95 francos por día o 248,75 francos por mes, y por cada trabajadora, 5,80 francos por día o 145 francos por mes.

Datos estadísticos.—Los 198.886 patronos inscritos en las diversas Cajas de Subsidios familiares tenían ocupados 1.835.348 asegurados. De entre estos trabajadores se encontraron 692.018 familias, con un total de 1.276.377 hijos beneficiarios. El número de las madres que se quedaron en el hogar para cuidar a sus hijos era de 505.559. Además, 96.872 nacimientos dieron lugar a otros tantos subsidios de natalidad. Ilustraremos por las siguientes cifras la composición de las familias belgas aseguradas:

Familias en 1953, con

1 hijo	370.493
2 hijos.....	181.526
3 —	74.359
4 —	35.084
5 —	16.137
6 —	7.623
7 —	3.667
8 —	1.730
9 —	816
10 —	368
11 —	143
12 —	56
13 —	10
14 —	3
15 —	2
16 —	1
<i>Total</i>	692.018

En el cuadro siguiente presentaremos los ingresos de la Caja Nacional de Compensación de los Subsidios Familiares, que consisten en la cuota parte de las cotizaciones totales transferidas por la Oficina Nacional de Seguridad Social (O. N. S. S.) y en la subvención del Estado.

TABLA NUM. 18

Ingresos del ramo de Subsidios familiares

AÑOS	Cotizaciones	Subvención del Estado	Total ingresos
<i>En francos belgas</i>			
1945	1.824.200.000	—	1.824.200.000
1946	2.680.600.000	—	2.680.600.000
1947	3.169.900.000	—	3.169.900.000
1948	3.496.000.000	—	3.496.000.000
1949	3.307.000.000	—	3.307.000.000
1950	4.305.200.000	547.500.000	4.852.700.000
1951	5.041.500.000	493.000.000	5.534.500.000
1952	5.291.400.000	629.200.000	5.820.600.000
1953	5.479.100.000	623.400.000	6.102.500.000
1954	5.520.500.000	600.000.000	6.120.500.000

Las siguientes cifras demuestran la situación financiera del régimen de Subsidios familiares:

TABLA NUM. 19

Ingresos y gastos de la Caja de Compensación

AÑOS	Cotizaciones de las Cajas	Gastos de administración	Subsidios pagados	Superávit	Déficit
<i>En millones de francos belgas</i>					
1945	1.585,7	63,00	1.214,3	113,9	—
1946	2.701,3	107,90	2.003,4	282,1	—
1947	3.424,8	137,00	2.831,3	60,8	—
1948	3.772,2	150,90	3.313,3	—	116,0
1949	3.529,1	141,60	3.335,7	—	233,1
1950	4.662,2	186,70	5.026,1	—	855,4
1951	4.842,7	169,30	5.786,6	—	1.389,1
1952	4.771,0	132,20	6.443,7	—	1.925,5
1953	4.810,7	134,00	6.570,8	—	2.015,8

Por lo que atañe a la división de los gastos por diferentes conceptos, anotamos los siguientes datos. Los importes a continuación incluyen también los Subsidios familiares pagados a los mineros y a las familias de los marinos mercantes:

Por concepto de subsidios simples.....	4.838.523.582 francos.
Por concepto de subsidios a los inválidos	328.125.347 —
Por concepto de subsidios a los huérfanos.....	630.024.543 —
Por concepto de subsidios de vacaciones.....	467.483.173 —
Por concepto de subsidios a las madres.....	859.571.287 —
Por concepto de subsidios de natalidad.....	120.295.176 —
•Gastos de administración de la Caja N. de Compensación.	20.362.214 —
Gastos de administración de las Cajas locales y especiales.	155.578.728 —
<i>Total</i>	7.419.964.049 francos.

Para completar nuestra exposición sobre el sistema de Subsidio familiar de Bélgica, queremos observar que para los trabajadores independientes existe también un régimen de Subsidios familiares, que está dirigido y coordinado por la Caja Mutua Nacional de Subsidios Familiares, supervigilando la acción de unas 60 Cajas especiales. Fueron afiliados a estas Cajas 1.018.248 miembros en 1953, de los cuales se encontraron 243.344 familias con 483.550 hijos beneficiarios. Los ingresos de las 60 Cajas ascendieron a 925.973.790 francos, mientras se pagaron 920.746.751 francos por concepto de Subsidios familiares.

VII.—VACACIONES ANUALES PAGADAS

Una de las últimas conquistas de la clase trabajadora en el siglo vigésimo es el régimen de las vacaciones anuales pagadas. En todos los países industriales con una moderna legislación social fué reconocido el derecho a un reposo anual a los trabajadores para la recreación del cuerpo desgastado durante un año de trabajo. En general, los Gobiernos aseguraron a los obreros un día de vacaciones pagado por cada mes de trabajo ejecutado en la misma Empresa y dos días de vacaciones pagados a los empleados. Antes de 1936, en Bélgica algunos patronos, de su propia iniciativa, otorgaron vacaciones a sus trabajadores; pero en este año, el Gobierno extendió este beneficio a todos los trabajadores en general, obli-

gando a los patronos a conceder vacaciones remuneradas. Estas vacaciones fueron fijadas en seis días al término del año trabajado.

Muchas irregularidades y quejas contra la ejecución de tales nuevas disposiciones llevaron al Gobierno a la determinación de encargar a un organismo especial el pago de las remuneraciones durante las vacaciones de los obreros. Con tal fin, la Real orden de 7 de septiembre de 1939 instituyó la Caja Nacional de Vacaciones Anuales, bajo la guía de la cual funciona en cada sector de la vida económica una Caja especial. En total, actualmente existen 19 Cajas que gestionan el pago de las remuneraciones durante las vacaciones.

El régimen de las vacaciones anuales no tiene nada que ver con la Seguridad Social o con los Seguros sociales. El sistema viene tratado en el presente estudio tan sólo por el hecho de que la Ley de la Seguridad Social, de 1944, incorporó este régimen a la estructura de la Seguridad Social. Lo hizo por simples motivos prácticos y administrativos, estando interesados en esto los mismos patronos y trabajadores que están sujetos a las Leyes de la Seguridad Social. Al fijar la Ley de 28 de diciembre de 1944 la tasa global de cotizaciones por concepto de Seguros sociales, creyó oportuno incluir en ella también las cotizaciones destinadas a cubrir el sistema de vacaciones anuales. La tasa, originalmente fijada en 2,50 por 100 del salario, a exclusivo cargo de los patronos, fué aumentada por la Ley de 14 de julio de 1948 al 5 por 100 del salario, y posteriormente, desde el 1 de enero de 1953, al 6,50 por 100 del salario completo.

Los aumentos fueron debidos al hecho de que una continua mejora fué aportada en beneficio de los trabajadores, en cuanto que el período de las vacaciones pagadas aumentó en proporción a los años de servicios prestados por el trabajador. Por Real decreto de 30 de abril de 1951, se estipuló también el pago de un suplemento especial a todas aquellas personas

que percibieran subsidios familiares. Este suplemento varía entre 21,50 francos por cada hijo, y hasta el número de cuatro, y 45 francos por cada hijo más a cargo, multiplicado por el número de meses en que el trabajador haya percibido subsidio familiar.

Datos estadísticos.—En el cuadro a continuación recogemos los ingresos y gastos de la Caja Nacional de Vacaciones Anuales:

TABLA NUM. 20

Evolución de la actividad de la Caja Nacional de Vacaciones Anuales.

AÑOS	Ingresos	Vacaciones pagadas	Saldo
1947	1.843.719.017	1.799.514.458	44.204.599
1948	2.151.104.052	2.080.899.776	70.214.276
1949	2.332.417.174	2.295.681.746	36.735.428
1950	2.432.677.688	2.258.989.162	173.688.525
1951	2.596.430.564	2.407.406.594	189.023.970
1952	2.995.634.005	2.853.595.807	142.038.194
1953	3.925.335.533	3.537.082.436	388.253.097

Este sistema particular belga de pagar las vacaciones por medio de un órgano especial, que acarrea muchos gastos administrativos, tiene muchos inconvenientes y causa muchos litigios. Hay varias voces que reclaman el regreso al sistema original, cuando cada patrono pagaba a sus obreros las remuneraciones correspondientes a sus vacaciones anuales. Este sistema quedó en vigor en el sector de los empleados, corriendo a cargo del patrono la remuneración de las vacaciones anuales.

VIII.—LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS MINEROS

Bélgica, que dispone de una enorme riqueza en su subsuelo, cuyas entrañas esconden grandes cantidades de carbón y hierro, tiene un gran número de ciudadanos ocupados en

las Compañías de excavación y de minas. Para la protección de esta numerosa clase de trabajadores existe una legislación especial, con un eficaz organismo asegurador.

La creación de la primera institución de previsión de los mineros está vinculada al nombre de Napoleón. Habiendo éste ocupado Bélgica, por su Decreto de 26 de mayo de 1812 fundó en Lieja la primera Caja de Previsión para los Obreros Mineros. Dicha Caja fué alimentada por una contribución del 2 por 100 del salario, pagada por los mismos obreros, y el 0,3 por 100 de los salarios, abonada por los patronos. Esta Caja funcionó solamente dos años, hasta 1814, en que Bélgica fué ocupada por los holandeses. A pesar de la insistencia de los interesados, los Gobiernos de Holanda no quisieron restablecer la Caja. En 1830, Bélgica recobró su independencia, y en 1834 ya vemos funcionar de nuevo la Caja mencionada, cuyos Estatutos fueron aprobados por la Real orden de 24 de junio de 1839. Prontamente fueron organizadas Cajas semejantes en otros centros mineros: Luxemburgo, Namur, Mons, Charleroi y Bruselas. En este ambiente nació la primera Ley, que introdujo el Seguro Obligatorio de Vejez en favor de los mineros, en fecha 5 de junio de 1911. Dicha Ley anunciaba que, a partir del 1 de enero de 1912, todos los mineros estarían obligatoriamente asegurados en la Caja General de Retiro. De acuerdo con el espíritu liberal reinante a la sazón en Bélgica, los mineros debían afiliarse a una Mutualidad que funcionó como intermediaria, con la tarea de transferir a la Caja General de Retiro las contribuciones recaudadas. Los mineros, a la edad de sesenta años, tenían derecho, después de treinta años de trabajo en una mina, a una pensión de 720 francos al año, como mínimo. La edad para el disfrute de la pensión podía ser reducida a cincuenta y cinco años para los trabajadores que durante treinta años hubieran ejecutado trabajos subterráneos. Las viudas tenían derecho a una pensión de viudedad de 360 francos por año.

Para el funcionamiento de este Seguro, los patronos debían pagar una contribución del 2,5 por 100 de los salarios de los obreros.

Con la aplicación de dicha Ley, unos 225.000 mineros pagaron sus contribuciones a la Caja General de Retiro en favor de sus cuentas individuales.

Por la Ley de 1 de agosto de 1930 fué creado el Fondo Nacional de Retiro de los Obreros Mineros (F. N. R. O. M.).

El F. N. R. O. M. es el órgano gestor del Seguro de Vejez, Invalidez y Muerte prematura. Es también el órgano ejecutor en lo que se refiere a la legislación sobre las vacaciones pagadas. Además, el F. N. R. O. M. está encargado de recibir y distribuir las cotizaciones del Seguro de Enfermedad, Seguro de Paro involuntario y Subsidios familiares.

Régimen financiero.—La tasa global de las cotizaciones está fijada, para los trabajadores subterráneos, en el 31 por 100 del salario, sin tope, de la cual el 23 por 100 a cargo del patrono y el 8 por 100 al del asegurado. La distribución de la tasa global es la siguiente :

- 9 % para el Seguro de Vejez;
- 2 % para el Seguro de Invalidez;
- 6,50 % para las vacaciones anuales;
- 4 % para el Seguro de Enfermedad;
- 2 % para el Seguro de Paro, y
- 7,50 % para el Régimen de Subsidios familiares.

Prestaciones. — Los mineros gozan de prestaciones más favorables que los demás trabajadores, por causa de su trabajo subterráneo malsano. Tienen derecho a la pensión de vejez ya a la edad de cincuenta y cinco años. Las pensiones son también mayores que en el ramo general. En el régimen de vacaciones anuales, los cabezas de familia reciben, para ellos y sus familiares, billetes gratuitos de ferrocarril, para poder pasar sus vacaciones en algún lugar de veraneo dentro del país.

Datos estadísticos.—Para poder mejor apreciar el papel que el sector minero llena en la vida económica de Bélgica, anotamos a continuación los datos relativos a la actividad del Fondo Nacional de Retiro de Obreros Mineros:

TABLA NUM. 21

La evolución de la actividad del F. N. R. O. M.

AÑOS	Salarios pagados	Cotizaciones recaudadas	Total ingresos (con subsidios varios, etc.)
<i>En francos belgas</i>			
1945	3.101.306.000	861.442.000	1.500.000.000
1946	4.604.521.000	1.352.732.000	2.129.872.000
1947	6.950.572.000	1.991.324.000	3.091.660.000
1948	8.938.552.000	2.564.837.000	4.198.357.000
1949	9.694.521.000	2.791.950.000	4.418.446.000
1950	8.809.354.000	2.601.856.000	4.167.407.000
1951	9.768.659.000	2.995.365.000	4.801.042.000
1952	10.301.344.000	2.893.007.000	4.709.684.000

Para cubrir los gastos de las diferentes ramas de Seguro Social fueron destinadas las sumas contenidas en el cuadro a continuación:

TABLA NUM. 22

División de los ingresos del F. N. R. O. M. entre las ramas de Seguro Social

AÑOS	Vejez e Invalidez	Enfermedad	Paro	Subsidio familiar	Vacaciones anuales
<i>En francos belgas</i>					
1945	967.603.000	124.031.000	61.981.000	185.946.000	139.009.000
1946	1.306.889.000	184.181.000	85.566.000	256.698.000	256.698.000
1947	1.781.488.000	278.036.000	115.261.000	345.782.000	484.619.000
1948	2.281.363.000	357.543.000	143.131.000	429.393.000	879.540.000
1949	2.543.243.000	387.781.000	146.348.000	439.045.000	792.229.000
1950	2.495.426.000	352.369.000	125.442.000	376.326.000	123.642.000
1951	2.910.066.000	390.746.000	145.899.000	547.123.000	807.208.000
1952	3.015.032.000	412.053.000	159.469.000	598.006.000	525.124.000
1953 (*)	1.053.400.000	630.100.000	160.200.000	589.800.000	791.000.000
1954 (*)	1.055.000.000	710.500.000	148.100.000	505.900.000	764.200.000

(*) Son importes transferidos al F. N. R. O. M. por la Oficina Nacional de Seguridad Social.

Al 1 de enero de 1953, el F. N. R. O. M. pagaba pensiones de vejez a 106.705 mineros jubilados, cuyo importe total ascendió a 2.667.137.000 francos.

IX.—SEGURO DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

En Bélgica, el Seguro de Accidentes del Trabajo y el de Enfermedades Profesionales no forman parte de la Seguridad Social. Según las disposiciones legales, los patronos están obligados a indemnizar a sus trabajadores accidentados directamente o por medio de una Sociedad de Seguro. Actualmente, 90 diferentes instituciones practican el Seguro de Accidentes del Trabajo, de las cuales 59 Compañías de Seguro Somercial—32 belgas y 27 extranjeras—, 15 Cajas municipales, 15 Empresas como propios aseguradores. Hay, además, dos órganos estatales: la Caja de Previsión y de Socorro en favor de los accidentados del trabajo y el Fondo de Garantía.

Para mejorar la situación de los accidentados, una Ley de 10 de julio de 1951 ha prescrito las prestaciones mínimas que las Compañías de Seguro privado deben respetar. Estas condiciones son las siguientes:

Las compensaciones en caso de accidente del trabajo deben ser calculadas hasta un tope de 120.000 francos de salario anual. La tasa de subsidio correspondiente a los primeros veintiocho días de incapacidad temporal fué aumentada del 50 al 80 por 100 del salario del accidentado. A partir del vigésimo noveno día, el subsidio es del 90 por 100 del salario de la víctima. En caso de incapacidad permanente, el subsidio es igual al 100 por 100 del salario. Este importe se aumenta en el 50 por 100 si el accidentado necesita la atención constante de una persona. La viuda del accidentado recibe una pensión igual al 30 por 100 de la remuneración que ha percibido la víctima. El subsidio de los huérfanos es del

20 por 100 del salario del fallecido, pero el total de los subsidios de orfandad no puede sobrepasar el 60 por 100 del salario. La persona que sufrague los gastos funerarios de la víctima de un accidente de trabajo recibe una suma igual a treinta veces la remuneración diaria del difunto, con un mínimo de 4.000 francos (80 dólares USA).

Por la Ley de 21 de julio de 1890 fué creada la Caja de Previsión y Socorro en favor de las víctimas del trabajo. La misión de dicha Caja es la de asegurar una asistencia mayor a las personas accidentadas, integrando las prestaciones otorgadas por las Compañías de Seguro. Según la Real orden de 15 de mayo de 1951, la Caja puede ofrecer la siguiente asistencia:

Pagar un subsidio de 200 francos por cada grado de incapacidad a los accidentados cuya incapacidad permanente es menor del 60 por 100.

Un subsidio de 220 francos por grados de incapacidad a los accidentados con 60 hasta 79 grados de incapacidad.

Un subsidio de 240 francos por grado de incapacidad a los inválidos de más de 80 grados.

Un subsidio de 48 francos por grado de incapacidad a aquellas personas que necesitan la asistencia continua de una persona.

Una pensión de 7.800 francos anuales a las viudas, siempre que no contraigan nuevo matrimonio, cuya pensión de viudedad sea muy baja.

Para cubrir estos gastos, los patronos que ocupan obreros deben pagar a la Caja el 10 por 100 del premio que pagan a las Compañías de Seguro comercial.

Para alimentar un común Fondo de Garantía, los patronos deben pagar las siguientes contribuciones:

a) Una tasa fija de 120 francos anuales, todos los patronos que ocupan obreros.

b) Una tasa proporcional de 110 francos anuales por cada trabajador y 12 francos anuales por cada empleado.

Datos estadísticos.—El siguiente cuadro nos orienta sobre los ingresos y gastos del Seguro de Accidentes del Trabajo.

TABLA NUM. 23

Ingresos y gastos en el Seguro de Accidentes del Trabajo

	1951	1952	1953
Contribuciones... ..	1.859.000.000	2.412.000.000	2.619.000.000
Prestación en metálico... ..	1.230.900.000	1.884.000.000	1.977.000.000
Prestación en especie... ..	240.600.000	372.800.000	383.900.000
Gastos de administración... ..	252.500.000	273.000.000	274.200.000
Otros gastos... ..	138.000.000	150.000.000	151.000.000
<i>Total... ..</i>	<i>1.862.000.000</i>	<i>2.679.800.000</i>	<i>2.786.100.000</i>
Déficit	3.000.000	267.800.000	167.100.000

Funciona también una Obra Nacional de Huérfanos de las Víctimas del Trabajo, con un presupuesto de 12 millones de francos.

En el campo del Seguro de Enfermedades Profesionales debemos mencionar la Ley de 24 de julio de 1927, que creó el Fondo de Previsión en favor de las víctimas de enfermedades profesionales. Las Empresas que ocupan trabajadores expuestos al peligro de enfermedades profesionales deben pagar contribuciones fijadas según el grado del riesgo de la Empresa. Ultimamente, por Real decreto de 26 de junio de 1954, fueron fijadas las siguientes tasas de cotizaciones: 15 francos por obrero en las Empresas que fabrican pinturas, 25 francos por obrero en las imprentas, 950 francos por obrero en las Empresas que fabrican láminas de plomo, 40 francos por obrero en las Empresas donde existe el peligro de intoxica-

ción por mercurio, 10 francos por persona en los garajes, 650 francos por obrero en las fábricas de porcelana y cerámica, etc.

Datos estadísticos. — Para dar una idea de la actividad desarrollada por el Fondo de Previsión en favor de las víctimas de enfermedades profesionales, anotamos a continuación los siguientes datos:

TABLA NUM. 24.

Participantes en el Seguro de Enfermedades Profesionales

	1950	1951	1952	1953
Número de patronos...	12.814	12.770	13.178	13.266
Número de obreros ...	114.167	118.484	127.918	127.858
Número de artesanos...	5.308	6.299	6.152	6.030

El Fondo pagó, en 1953, 11.286.388 francos por concepto de pensiones de incapacidad permanente, 2.574.753 francos por pensiones a las viudas, con un gasto de administración de 1.900.000 francos.

X. — RESUMEN: GASTOS ADMINISTRATIVOS

En pocos países, la Seguridad Social es objeto de tanta inquietud y preocupación por parte del Gobierno como en Bélgica. Una enorme red de organismos aseguradores está a disposición de los trabajadores para desarrollar la legislación de Seguros sociales. Esta vasta organización puede resultar complicada y pesada, pero su engranaje funciona a la perfección. Un eficaz servicio estadístico en escala nacional mantiene al día todos los datos referentes a las diversas ramas de Seguros sociales.

Podemos sintetizar la situación actual en los siguientes términos: Tres Institutos Nacionales: 1) La Oficina Nacional de Seguridad Social (O. N. S. S.); 2) El Fondo Nacional de

Retiro de los Obreros Mineros (F. N. R. O. M.); 3) La Oficina Nacional de Seguridad Social de Marineros Mercantes (O. N. S. S. M. M.), son los órganos cumbre de la Seguridad Social.

El órgano rector en la rama de Seguro de Enfermedad e Invalidez es el Fondo Nacional de Seguro de Enfermedad e Invalidez (F. N. A. M. I.), bajo la dirección del cual los organismos aseguradores son las 1.848 Mutualidades reagrupadas en torno a cinco Uniones Nacionales y los nueve Servicios regionales del F. N. A. M. I.

El órgano rector de la rama de Vejez y Supervivencia es la Caja de Pensiones de Retiro y Supervivencia, bajo la vigilancia de la cual funcionan varios organismos aseguradores en el sector de empleados, mientras en el de los obreros fué eliminada la intervención de 1.800 Mutualidades. El tesorero de esta rama es la Caja General de Ahorro y de Retiro.

El órgano rector en el Seguro de Paro es la Oficina Nacional de Colocación y Paro, bajo la guía de la cual funcionan como órganos aseguradores 109 Cajas sindicales, 2.670 Fondos municipales y 29 propias Oficinas regionales.

En el régimen de los Subsidios familiares encontramos dos órganos rectores: uno para los obreros—Caja Nacional de Compensación de las Asignaciones Familiares—y otro para los trabajadores independientes—Caja Mutua Nacional de Compensación de Asignaciones Familiares—. Bajo la supervigilancia de la primera funcionan como órganos aseguradores 66 Cajas regulares y 7 Cajas especiales; bajo la segunda, están funcionando 60 Cajas especiales.

En el régimen de las vacaciones anuales, el órgano rector es la Caja Nacional de Vacaciones Anuales, bajo la guía de la cual funcionan como órganos ejecutores 19 Cajas especiales.

En el sector de la Minería, el órgano rector y, al mismo tiempo, el órgano asegurador es el F. N. R. O. M., el cual coordina el trabajo de seis Cajas regionales.

En el sector de la rama de Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, sin la intervención de un órgano rector, están funcionando tres diferentes Fondos y 90 diferentes Compañías de Seguro privado, Asociaciones, etcétera.

El siguiente cuadro nos da una idea de los gastos administrativos globales en las diferentes ramas de la Seguridad Social:

TABLA NUM. 25

Gastos administrativos en la Seguridad Social

	1951	1952	1953
Total de cotizaciones... ..	26.437.500.000	28.539.100.000	30.498.700.000
Gastos administrativos:			
Seguro de Enfermedad-			
Invalidez	471.200.000	537.300.000	507.300.000
Seguro de Vejez... ..	275.300.000	302.100.000	316.700.000
Seguro de Paro	360.700.000	446.700.000	469.700.000
Subsidios familiares... ..	196.000.000	153.000.000	156.000.000
Vacaciones anuales	51.200.000	54.900.000	76.800.000
Seguro de Accidentes	252.500.000	273.000.000	274.200.000
Seguro de Enfermedades Profesionales	1.600.000	1.800.000	1.900.000
Total gastos administrativos... ..	1.608.500.000	1.768.800.000	1.802.600.000

lo que corresponde al 5,9 por 100 de las contribuciones recaudadas (1953).

Recientemente, el Gobierno belga, para resolver la crisis de la rama de Seguro de Enfermedad y para mejorar las prestaciones del Seguro de Vejez y Supervivencia, presentó un proyecto de Ley sobre aumento de la tasa de contribuciones en el Seguro de Enfermedad. Este aumento, del 1 por 100, estaría a cargo exclusivo de los patronos, siendo la nueva tasa el 7 por 100. La Federación de Industrias Belgas (F.I.B.)

protestó contra el proyectado aumento de sus cargas, indicando el camino de saneamiento en una reforma genérica de toda la estructura de la Seguridad Social.

NOTA

Aprovecho esta oportunidad para agradecer a los señores P. Goldschmidt, Administrador general de la Oficina Nacional de Seguridad Social; A. C. Yseboodt, Director del Fondo Nacional de Seguro de Enfermedad e Invalidez; M. R. Etienne, Director de la Oficina Nacional de Colocación y Paro; W. Van Grootven, Director de la Caja Nacional de Vacaciones Anuales; M. Magrez, Director de la Caja Nacional de Compensación de Asignaciones Familiares; E. Petitjean, Director de la Caja Mutua Nacional de Subsidios Familiares; M. Steenhout, Director de la Caja General de Ahorro y Retiro; Administrador Director general del Fondo Nacional de Retiro de Obreros Mineros; Ch. Frère, Director del Fondo de Previsión en favor de las víctimas de enfermedades profesionales; A. Bayet, Director de la Caja de Previsión y Socorro en favor de las víctimas de accidentes de trabajo, y L. Van Helshoecht, Secretario general de la Alianza Nacional de las Mutualidades Cristianas, por el rico material puesto gentilmente a mi disposición para la confección del presente estudio.

BIBLIOGRAFIA

- LÉON ELI TROCLET: «Problèmes Belges de la Sécurité Sociale». Paris, 1949.
- A. VAN MELLE: «Pages d'histoire de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes de Belgique». Gand, 1955.
- MAX GOTTSCHALK: «Les trois étapes de l'assurance chômage en Belgique». Gand, 1931.
- A. EECKHOUT: «Les problèmes des assurances sociales en Belgique». Gand, 1931.
- A. DE GUEHTENEERE: «La Caisse de Retraite». Bruxelles, 1950.
- Office National de Sécurité Sociale: «Quatrième Rapport Annuel, Exercice 1948». Bruxelles, 1949.
- Office National de Sécurité Sociale: «Huitième Rapport Annuel, Exercice 1952». Bruxelles, 1953.
- Office National de Sécurité Sociale: «Neuvième Rapport Annuel, Exercice 1953». Bruxelles, 1954.
- Office National de Sécurité Sociale: «Dixième Rapport Annuel, Exercice 1954». Bruxelles, 1955.
- Fond National d'Assurance Maladie-Invalidité: «Rapport Administratif». Bruxelles, 1954.
- Fond National d'Assurance Maladie-Invalidité: «Rapport du Service Médical», 1954.
- Fond National d'Assurance Maladie-Invalidité: «Rapport financier». Bruxelles, 1954.

REVISTA IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

- Fond National d'Assurance Maladie-Invalidité: «Rapport statistique». Bruxelles, 1954.**
- Fond National d'Assurance Maladie-Invalidité: «Résumé de la Réglementation relative à l'Assurance Maladie-Invalidité obligatoire». Bruxelles, 1953.**
- Caisse Générale d'Épargne et de Retraite de Belgique: «Compte rendu des opérations et de la situation, année 1954». Bruxelles, 1955.**
- Caisse: «Études complémentaires au Compte rendu de 1953». Bruxelles, 1954.**
- Caisse: «Compte rendu des opérations et de la situation, année 1953». Bruxelles, 1954.**
- Caisse: «Recueil annoté des Lois et règlements». Bruxelles, 1955.**
- Office National du Placement et du Chomage: «Rapport annuel, Exercice 1953». Bruxelles, 1954.**
- Office National du Placement et du Chomage: «Rapport annuel, Exercice 1952». Bruxelles, 1954.**
- Caisse Nationale de Compensation pour Allocations Familiales: «XXIIIème Rapport». Bruxelles, 1954.**
- Caisse Mutuelle Nationale d'Allocations Familiales: «Rapport XVème Exercice». Bruxelles, 1954.**
- Caisse Mutuelle Nationale d'Allocations Familiales: «Rapport XVIème Exercice». Bruxelles, 1955.**
- Caisse Nationale des Vacances Annuelles: «Rapport annuel clôturé au 31 décembre 1953». Bruxelles, 1954.**
- Caisse Nationale des Vacances Annuelles: «Rapport annuel clôturé au 31 décembre 1952». Bruxelles, 1953.**
- Caisse de Prévoyance de Secours en faveur des victimes des accidents du travail, Mémoire 1890-1940.**
- Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes: «Orientation». Bruges, 1950.**
- Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes: «Rapport 1948-1950». Bruges, 1950.**
- Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes: «Rapport 1950-1953». Anvers, 1954.**
- Fonds National de Retraite des Ouvriers Mineurs: «Régime spécial de retraite des ouvriers mineurs et assimilés». Bruxelles, 1954.**
- «Revue du Travail», Bruxelles, tomes: 1946, 1947, 1948, 1949, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954 et 1955.**
- «Annuaire Statistique de Belgique»: Tomes 71, 72, 73 et 74, Bruxelles.**
- Caisse Générale d'Épargne et de Retraite de Belgique et ses différents services, Bruxelles, 1955.**

**II.-CRONICAS
E INFORMACIONES**

INTERNACIONAL

Unión Internacional de Organismos Familiares.—Conferencia Internacional de la Familia.

En el curso de sus precedentes conferencias internacionales, la Unión abordó el estudio de los problemas planteados por las condiciones de vida de las familias, en su aspecto más general. Sucesivamente ha ido examinando la compensación de las cargas familiares (Helsinki, 1950), la financiación de la vivienda familiar (Bruselas, 1951), la estabilidad de la familia (Oxford, 1952), la familia y las técnicas sociales (Lisboa, 1953).

Sin dejar de considerar que existen problemas comunes a todas las familias y que sigue siendo necesaria la unidad de acción para lograr el bienestar de la familia, la Unión Internacional de Organismos Familiares ha estimado oportuno estudiar minuciosamente la situación particular de las diversas esferas, y principalmente de las rurales.

Este estudio se inició en la Conferencia Internacional de la Familia, organizada por la Unión, y que tuvo lugar en Stuttgart (septiembre, 1954). El tema de la Conferencia era: "Las familias rurales en la sociedad moderna; sus condiciones de vida y su protección social".

La Conferencia de Stuttgart permitió analizar las actuales condiciones de existencia de las familias rurales y definir la protección social necesaria para esta categoría de familias. La Conferencia comprobó el desequilibrio que, frecuentemente, existe entre la civilización rural y la urbana. El porvenir de las familias rurales presenta un gran interés para los organismos cuya finalidad consiste en estudiar los problemas contemporáneos de la familia.

Incluso antes de la Conferencia de Stuttgart, se había previsto reservar a una reunión ulterior el estudio de los problemas de carácter educacional y cultural, referentes a las familias rurales. La Conferencia In-

ternacional de la Familia, celebrada en La Haya en el pasado mes de septiembre, ha tratado del tema: "Cultura y Familia Rurales", y, paralelamente, del problema de las vacaciones familiares.

ITALIA-AUSTRIA

Ratificación del Convenio italo-austriaco sobre Seguros sociales.

En virtud de Ley sancionada en 29 de octubre de 1954, ha sido ratificado el Convenio sobre Seguros sociales suscrito en Viena el 9 de marzo de 1952. En consecuencia, los ciudadanos italianos y los austríacos quedan equiparados en sus derechos y obligaciones derivados de la legislación de Seguros sociales que se indica a continuación:

En Italia: Seguro de Invalidez, Vejez y Supervivientes; Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales; Seguro de Enfermedad; Seguro contra la Tuberculosis; Seguro de Paro, a excepción de los subsidios extraordinarios de desempleo; Seguro de Nupcialidad y Natalidad, y regímenes especiales de ciertas categorías de trabajadores y del personal de Empresas concesionarias de determinados servicios públicos.

En Austria: Seguro de Enfermedad; Seguro de Accidentes; Seguro de Vejez, Invalidez y Supervivientes de Obreros, y el de estas ramas, de empleados; Seguro de Rentas para los Mineros; Seguro de Pensiones de Ferroviarios de Empresas Privadas, y Seguro de Desempleo.

Una Comisión consultiva mixta está encargada de la correcta aplicación del referido Convenio.

ITALIA-SARRE

Ratificación del Convenio firmado entre Italia y El Sarre sobre Seguro de Paro.

El 9 de marzo último ha sido ratificado por Italia el Convenio firmado en París el 3 de octubre de 1953, entre los países citados, relativo al Seguro contra el Desempleo.

Los trabajadores de los dos Estados interesados se beneficiarán recíprocamente de las legislaciones de paro respectivas.

El Convenio mencionado tiene una duración de un año, renovable tácitamente por iguales períodos de tiempo, salvo denuncia del mismo

por alguna de las partes contratantes y notificado con tres meses antes de la expiración de cada plazo.

NOTICIAS IBEROAMERICANAS

ARGENTINA

Bonificaciones a los jubilados de la Caja del Personal de la Industria.

El Directorio de la Caja Nacional de Previsión Social para el Personal de la Industria, de conformidad con la autorización que acuerdan los artículos 7.º de la Ley 14.370 y 3.º del respectivo Decreto reglamentario, ha implantado bonificaciones que beneficiarán el haber jubilatorio de los afiliados que continúan trabajando a pesar de haber cumplido los extremos de edad y antigüedad en el servicio para acogerse a la pasividad. Ellos mejorarán su haber jubilatorio con una bonificación del 2 y 1/2 al 5 por 100 (según el caso) del haber de dicha jubilación por cada año de edad que se trabaje excediendo la requerida para el mencionado beneficio. Estas bonificaciones regirán a partir del 1.º de enero del año en curso, y se aplicarán exclusivamente a los años de exceso contados desde esa fecha.

Beneficios abonados por las Cajas Nacionales de Previsión Social.

A continuación se dan a conocer las cifras relativas al pago de beneficios en 1954, correspondientes a las distintas Cajas Nacionales de Previsión. Con respecto a dichas estadísticas debe tenerse en cuenta que en 1954 se incorporaron a los distintos regímenes jubilatorios alrededor de 54.000 beneficiarios, y que sobre el monto total de esos beneficios incide el pago de suplementos y bonificaciones por carestía de vida dispuesto por Ley 14.370, a partir del 1.º de julio de 1954, lo cual anteriormente se atendía con el Fondo Estabilizador instituido por Ley 13.478. Corresponde señalar, además, que las Cajas han atendido el

pago de la nueva bonificación y de los haberes mínimos fijados por Ley 14.370 a partir del 1.º de noviembre de 1954.

El monto de los beneficios abonados es el siguiente:

Caja Nacional de Previsión para el personal:

	Año 1954
del Estado.....	670.776.149,50
Ferrovionario.....	569.047.800,00
de Servicios Públicos.....	268.398.589,20
del Periodismo.....	25.112.736,65
Bancario y de Seguros.....	104.823.743,87
de la Navegación.....	101.852.353,08
del Comercio.....	766.318.770,34
de la Industria.....	579.714.049,80
	3.086.044.192,44

CUBA

Tres nuevas Cajas de Seguro Social.

Continuando la política de crear Cajas especiales para cada rama de actividad económica, el Gobierno de Cuba creó recientemente tres nuevas Cajas de Seguro Social.

Caja de Retiro del Sector de la Ganadería.—El 14 de agosto de 1954 fué promulgada en la República de Cuba la Ley-decreto núm. 1.634, que instituye el derecho a jubilación en favor de todos los trabajadores del sector de la ganadería y el derecho de pensión en favor de sus causahabientes, creando para este fin una institución pública denominada Caja de Retiro del Sector de la Ganadería.

Campo de aplicación.—Quedan incluidas en los beneficios de este Seguro todas las personas que presten servicio remunerado dentro del territorio nacional en:

- a) las fincas ganaderas, ya estén dedicadas a la cría, engorde o mejora del ganado de cualquier clase; a la producción de leche, queso, mantequilla o cualquier otro producto derivado de la ganadería;
- b) las fábricas de leche condensada, evaporada o de cualquier otra forma industrial que se dé a la leche;
- c) las plantas de pasteurizar, envasar y distribuir leche, ya sea cruda o mediante cualquier procedimiento industrial, así como

- en los establecimientos o lugares que se dediquen al trasiego, envase o distribución de la leche en cualquier forma;
- d) las fábricas de queso, mantequilla o cualesquiera otros productos derivados de la leche;
 - e) los establecimientos dedicados a la matanza de ganado, ya sean de propiedad privada u operados por particulares;
 - f) las fábricas de embutidos, de tasaño y de toda clase de carnes en conserva;
 - g) las plantas de licuación de sebo y otras grasas animales;
 - h) la Caja de Retiro del Sector de la Ganadería;
 - i) los establecimientos que en alguna forma prestan servicios retribuidos a las organizaciones del sector de la ganadería legalmente reconocidas.

En virtud de la Ley-decreto núm. 1.857, de 22 de diciembre de 1954, han quedado incluidos dentro del campo de aplicación de esta Caja de Retiro las fábricas de helados, los establecimientos en los cuales se vendan esos productos exclusivamente y las fábricas de forrajes y alimentos para toda clase de ganado. También a título facultativo, los trabajadores independientes que se dediquen a la venta al público de helados en vehículos ambulantes, siempre que no reciban ingresos superiores a 1.400 pesos anuales.

Recursos de la Caja.—Con arreglo a la Ley, la Caja es financiada por los siguientes ingresos: asegurados, el 5 por 100 sobre los sueldos o salarios; empleadores, el 5 por 100 sobre la suma total de las nóminas de sueldos y salarios pagados. También existen otros recursos, tales como el importe del primer aumento del sueldo o salario; el descuento del 50 por 100 de toda jubilación o pensión que pague la Caja fuera del territorio nacional; el descuento del 20 por 100 de toda jubilación o pensión pagada por la Caja cuando el jubilado o subsidiariamente el pensionado no haya completado diez años de contribución a la misma; el importe de las multas, donaciones, legados, intereses, etc.

Contingencias cubiertas.—La Caja de Retiro del Sector de la Ganadería cubre los riesgos de invalidez, vejez y muerte del asegurado.

Prestaciones.—Las prestaciones que otorga la Caja son las siguientes:

Invalidez.—En caso de invalidez total o parcial, con no menos de diez años de servicio en el sector de la ganadería y dos años de cotiza-

ción a los fondos de la Caja, una jubilación de acuerdo con los promedios de sueldos y salarios ganados, según la escala siguiente:

Con más de 30 años de servicio...	60 %
Con más de 25 y hasta 30 años de servicio...	55 %
Con más de 20 y hasta 25 años de servicio...	50 %
Con más de 15 y hasta 22 años de servicio...	45 %
Con más de 10 y hasta 15 años de servicio...	40 %

En caso de invalidez total o parcial debida a accidente del trabajo, no se exigirá límite de edad ni tiempo de servicio.

Vejez.—Con no menos de diez años de servicio y más de sesenta años de edad, una jubilación de acuerdo con la escala arriba mencionada.

Con no menos de treinta años de servicio y no menos de cincuenta años de edad, una jubilación igual al 60 por 100 del salario medio anual del trabajador.

Toda jubilación se calculará sobre el salario medio anual del trabajador, que ha de computarse dividiendo por diez la suma total de los salarios, comisiones o remuneraciones devengados por el trabajador durante los últimos diez años de servicio.

Ninguna jubilación podrá exceder de la suma de 200 pesos mensuales.

Muerte.—En caso de muerte de un afiliado, una pensión a la viuda o divorciada inocente, cuando concurriere sola, igual al 75 por 100 de la jubilación que hubiere percibido o hubiere tenido derecho a percibir el causante.

Cuando la viuda o divorciada inocente concurriere con hijos, una pensión igual al 50 por 100 de la jubilación que percibía o hubiere tenido derecho a percibir el causante; el otro 50 por 100 se dividirá por partes iguales entre los hijos.

Cuando no exista cónyuge superstite, los hijos percibirán, cuando concorra uno solo, el 50 por 100 de la jubilación que percibía o hubiere tenido derecho a percibir el causante; cuando concurren dos o más hijos, recibirán el 70 por 100 de dicha jubilación, distribuida en partes iguales.

Los padres del causante, cuando no existan los parientes anteriormente expresados, recibirán el 75 por 100 de la jubilación que percibía o hubiere tenido derecho a percibir el causante.

El derecho a pensión se extingue, entre otras causas, cuando el pen-

sionado cumpla veintiún años de edad, a menos que esté incapacitado física o mentalmente para el trabajo, y al contraer matrimonio.

Administración.—La Caja de Retiro del Sector de la Ganadería está administrada por un Directorio, compuesto de nueve miembros: un Presidente, designado por el Presidente de la República; cuatro Delegados de los trabajadores y cuatro Delegados de los patronos.

Caja de Retiro de los Trabajadores de la Industria del Calzado, Pielés, sus Derivados y Conexos.

Por Ley-decreto núm. 1.835, de 3 de diciembre de 1954, se creó la Caja de Retiro de los Trabajadores de la Industria del Calzado, Pielés, sus Derivados y Conexos.

Los beneficios de este Seguro se aplicarán a todas las personas naturales que, dentro del territorio nacional, realicen o dirijan trabajos retribuidos en cualquier fábrica, taller, comercio, empresa u organización patronal u obrera en los sectores de la industria del calzado, pieles, sus derivados y conexos. Asimismo, los elaboradores privados de dicha industria, los delegados obreros, los funcionarios y empleados de la Caja de Retiro de los Trabajadores de la Industria del Calzado, Pielés, sus Derivados y Conexos, y los delegados obreros, funcionarios y empleados de la Comisión reguladora de la Industria del Calzado.

Los fondos de la Caja se formarán principalmente con la contribución de los asegurados, equivalente al 5 por 100 sobre los sueldos o salarios devengados, y la contribución de los empleadores, equivalente al 5 por 100 sobre la suma total de las nóminas de sueldos y salarios pagados.

La Caja cubrirá los riesgos de invalidez, debida a cualquier causa, vejez y muerte del asegurado.

La dirección y administración de la Caja será confiada a un Directorio, que se renovará cada cuatro años, compuesto por un Presidente, electo por el Presidente de la República; cinco Delegados de los patronos y cinco Delegados de los trabajadores.

Caja de Seguro de Pensión para Funcionarios, Empleados y Obreros del Seguro de Salud y Maternidad.

En virtud de la Ley-decreto núm. 1.818, de 18 de noviembre de 1954, fué creada la Caja de Seguro de Pensión para Funcionarios, Empleados y Obreros del Seguro de Salud y Maternidad. Esta nueva Caja protegerá a las personas que trabajan al servicio del Seguro de Salud y Maternidad Obrera contra los riesgos de Invalidez, Vejez y Muerte.

ESPAÑA

Ha fallecido el Profesor García Oviedo.

La actividad fecunda y la conducta ejemplar del Sr. García Oviedo tuvo por escenarios principales la Universidad y el Derecho Social. En el campo universitario fué profesor de Derecho Penal en la Universidad de Granada, de donde pasó pocos años después a la Cátedra de Derecho Administrativo de la Universidad de Sevilla, en la que formó escuela y adquirió justo renombre, habiendo desempeñado largo tiempo los cargos de Decano de su Facultad y de Rector. Desde su creación se hizo cargo también de la Cátedra de Derecho del Trabajo.

Con motivo de su jubilación recibió un homenaje nacional, concretado en el otorgamiento de la más alta condecoración en el orden de la cultura y en la ofrenda de dos volúmenes de estudios debidos a sus alumnos y compañeros.

En cuanto a sus actividades sociales, el Sr. García Oviedo pronunció numerosas conferencias y discursos, particularmente acerca del paro forzoso y los Seguros sociales, y estuvo asociado desde su fundación a la Caja y Patronato de Previsión Social de Andalucía Occidental. También formaba parte del Consejo Asesor Provincial del Instituto Nacional de Previsión, en Sevilla.

Entre sus numerosas publicaciones destacan los dos Tratados de Derecho Administrativo y de Derecho Social, justamente estimados en el mundo hispánico, y que han alcanzado numerosas ediciones, además de muchos artículos en las principales revistas, varios de los cuales honraron nuestras páginas.

Vivía rodeado de cariño y respeto. Su falta ha de ser notada durante largo tiempo, y ha producido general sentimiento.

¡Descanse en paz!

Aumento de las prestaciones del Seguro de Vejez e Invalidez.

En virtud de Decreto-Ley de 2 de septiembre último se aumentan las prestaciones del Seguro de Vejez e Invalidez, teniendo en cuenta la elevación que han experimentado los salarios en los últimos años, así como el incremento sentido en el índice de carestía de vida, y se establece una diferencia a favor de los trabajadores que al llegar a la edad de jubilación no tengan derecho a los beneficios que conceden las Mutualidades y Montepíos Laborales.

Asimismo, se establecen pensiones de viudedad en favor de las viudas de trabajadores que ya vinieran percibiendo el referido subsidio.

La cuantía de los subsidios a que tendrán derecho los trabajadores que reúnan las condiciones que exige la legislación vigente serán los siguientes:

	<u>Pesetas mensuales</u>
a) Trabajadores por cuenta ajena de la Rama General con derecho a pensión de Mutualidades y Montepíos y de la de Pescadores y Trabajadores autónomos de la Rama Agropecuaria... ..	250,00
b) Trabajadores por cuenta ajena de la Rama General sin derecho a pensión de Mutualidades o Montepíos Laborales y de la Rama Agropecuaria... ..	400,00

A los actuales perceptores del Subsidio de Vejez e Invalidez se les abonará el mismo a partir de 1.º de enero próximo, con arreglo a la escala siguiente:

	<u>Pesetas mensuales</u>
a) Trabajadores por cuenta ajena de la Rama General con derecho a pensión de Mutualidades o Montepíos y de la de Pescadores y Trabajadores autónomos de la Rama Agropecuaria... ..	225,00
b) Trabajadores por cuenta ajena de la Rama General sin derecho a pensión de Mutualidades o Montepíos y de la Rama Agropecuaria... ..	300,00

La cuantía de la prestación de viudedad antes mencionada, que se concederá a las viudas de los trabajadores beneficiarios de este Seguro,

o de aquellos que hubieran tenido derecho al mismo que fallezcan con posterioridad a la fecha de entrada en vigor de este Decreto-Ley, será del 50 por 100 que tuviere reconocido o hubiese correspondido al causante, y su percepción será compatible con las prestaciones que a las viudas otorga el Régimen de Subsidios Familiares.

Como consecuencia de los aumentos de pensiones antes mencionados, se fijan nuevos tipos de cotización para el Régimen de Seguro de Vejez e Invalidez, como sigue:

a) En la Rama General se eleva la cuota al 6 por 100 de los salarios de los asegurados, fijándose la cuota patronal en el 5 por 100 de aquéllos, y la de los trabajadores en el 1 por 100 restante.

b) En la Rama de Pescadores se fija la cotización en el 5 por 100 del salario-tipo establecido.

c) En la Rama Agropecuaria se fija la cuota en porcentajes de la riqueza imponible, que oscilan entre el 10 y el 25 por 100 de la misma.

d) En las Ramas Especiales de la Naranja, Resina y aprovechamientos forestales y madereros se elevará el canon en la proporción correspondiente.

e) La cuota de los productores agropecuarios incluíbles en el Censo Laboral Agrícola se fija en 10 pesetas para los trabajadores fijos por cuenta ajena y autónomos, y en 5 pesetas para los restantes.

Los nuevos tipos de prestaciones y de cotizaciones tendrán efectividad a partir del 1.º de enero del año próximo.

Aumento de la escala de prestaciones del Subsidio Familiar.

Un importante Decreto de 2 de septiembre último viene a aumentar los beneficios del Régimen de Subsidios Familiares, lo cual tendrá efectividad a partir de 1.º de enero de 1956.

La escala de prestaciones del Subsidio mencionado queda modificada en la forma siguiente:

Número de beneficiarios	Mensual pesetas	Diarias pesetas
2	60	2,40
3	90	3,60
4	130	5,20
5	175	7,—
6	250	10,—
7	350	14,—
8	475	19,—
9	630	25,20
10	1.200	48,—
11	2.500	100,—
12	4.500	180,—

Por cada hijo o asimilado a éstos que exceda de doce se adicionará en 3.000 pesetas el subsidio mensual, y, en la proporción correspondiente, el diario.

También se aplicará dicha escala de subsidios a los trabajadores huérfanos de padre y menores de edad, con uno o más familiares a su cargo, que reúnan los requisitos exigidos.

El mismo Decreto establece que los trabajadores asegurados en dicho régimen de subsidios, en las Ramas General, Agropecuaria y del Mar, solteros o viudos, sin distinción de sexo, tendrán derecho a premios de nupcialidad al contraer matrimonio, siempre que reúnan las condiciones legales establecidas.

La cuantía de cada uno de estos premios será de 3.000 pesetas, y se otorgarán, sin limitación de número, como prestación normal del Régimen de Subsidios Familiares, en las Ramas indicadas en el párrafo anterior.

Asimismo, se concederán los siguientes premios anuales a la natalidad:

- a) Premios Nacionales: Dos primeros premios de 50.000 pesetas y otros dos segundos premios de 25.000 pesetas cada uno.
- b) Premios Provinciales: Cien primeros premios de 15.000 pesetas y otros cien segundos premios de 5.000 pesetas cada uno.

MEJICO

Características del Seguro Social en los trabajos del campo.

Siguiendo el plan establecido de aplicación gradual del Seguro, éste ha sido extendido, por Decreto de 19 de agosto de 1954, a los trabaja-

dores del campo de los Estados de Baja California, Sonora y Sinaloa. Asimismo, se publicó en dicha fecha el Reglamento especial correspondiente a este Régimen y de aplicación en los referidos Estados, cuyas características más salientes son las que siguen:

Campo de aplicación.—Comprende a “todos aquellos que ejecutan trabajos rurales propios y habituales de alguna Empresa agrícola, ganadera, forestal o mixta, ya sean peones acasillados o no acasillados, trabajadores de temporada, eventuales, para obra determinada o miembros de Sociedades locales de crédito agrícola o de crédito ejidal (Ejidatario es la persona que recibe tierras del Gobierno para su cultivo). El Seguro se aplica, por ende, a trabajadores asalariados y a trabajadores independientes (propietarios, arrendatarios, ejidatarios, etc.), pero a los últimos únicamente cuando sean miembros de las antedichas Sociedades. El Reglamento no se aplica a los trabajadores de explotaciones rurales “que realicen labores de oficina, de transporte o de almacenamiento, exposición y venta de productos”.

Inscripción.—La obligación de inscribir a los trabajadores asalariados corresponde a los respectivos patronos rurales, y con respecto a los miembros de las Sociedades de crédito agrícola y a las de crédito ejidal, a éstas mismas. Puede haber casos en que un miembro de una de dichas Sociedades—y, por consiguiente, asegurado—sea al mismo tiempo trabajador asalariado de otro patrono rural, o también patrono de otros trabajadores asalariados, con la obligación de inscribir a estos últimos. La doble afiliación eventual está expresamente prevista en la Ley y en el Reglamento especial.

Se entrega a los trabajadores asalariados inscritos una libreta para la fijación de los “cupones de cotización semanal”, además de las tarjetas de afiliación; estas libretas deberán ser canjeadas en el mes de enero de cada año. Los miembros de las Sociedades locales de crédito agrícola y de las de crédito ejidal reciben la tarjeta de afiliación y una “credencial de vigencia de derechos”, que será “resellada” anualmente.

La inscripción se está efectuando escalonadamente por zonas. Se inició la primera etapa el 30 de agosto de 1954 en nueve Municipios del Estado de Sonora. Hasta marzo de 1955 el número de trabajadores del campo inscritos había alcanzado las siguientes cifras (además de 13.000 trabajadores industriales o urbanos): miembros de Sociedades de crédito agrícola, 1.090; miembros de Sociedades de crédito ejidal, 5.068; trabajadores móviles, 2.352. La inscripción de los trabajadores móviles no ha sido aún completada, estimándose que su número:

puede aumentar, según la época de la cosecha, hasta 30.000 en la zona cubierta por el Seguro.

Riesgos cubiertos y prestaciones.— Se cubren en principio todos los riesgos abarcados por la Ley del Seguro Social: enfermedades no profesionales y maternidad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, invalidez, vejez, cesantía y muerte. Sin embargo, “dentro de un plazo de dos años, el Instituto Mexicano del Seguro Social, con la experiencia que adquiriera de su aplicación y oyendo la opinión de todos los interesados, fijará el cuadro específico de prestaciones que deberán ser otorgadas a los trabajadores del campo asegurados y a sus beneficiarios en las diversas ramas del Seguro Social”. Cabe señalar la siguiente diferencia con el Régimen general del Seguro Social con respecto a los subsidios en dinero en caso de enfermedad no profesional; mientras que el Régimen general fija un tiempo de carencia de sólo tres días—pagándose el subsidio a partir del cuarto día de incapacidad—, una disposición transitoria del Reglamento establece que los trabajadores asalariados rurales tienen derecho al subsidio únicamente a partir del décimoquinto día de incapacidad, y que los miembros de las Sociedades de crédito agrícola y de las de crédito ejidal no tienen derecho al subsidio, sino sólo a las prestaciones en especie.

Los servicios médicos se proporcionarán de acuerdo con un Reglamento especial.

Régimen contributivo.—Este es diferente con respecto a los patronos rurales y con respecto a las Sociedades de crédito agrícola y las de crédito ejidal.

Empleadores.—Las cotizaciones, de cuyo pago son responsables los patronos rurales, dependen de la extensión y de la naturaleza de los cultivos. En los meses de enero y febrero de cada año, el patrono deberá presentar al Instituto una declaración sobre el número de hectáreas bajo cultivo y el tipo de cultivo o cultivos. El Instituto formula entonces la liquidación de las cuotas obrero-patronales con base en los siguientes elementos:

- a) el coeficiente aprobado por cada Municipio o región agrícola que exprese el número de jornadas de trabajo que por hectárea requiera el cultivo de que se trate;
- b) el tanto por ciento de variación del mencionado coeficiente por la naturaleza del riego que se emplee en el cultivo, y
- c) por una tabla de cuotas graduada por grupos de ingreso, que corresponden a los grupos de salarios en la Ley general de Seguro Social.

Las cuotas de los asegurados, computadas por cincuenta y dos semanas, equivalen a la tercera parte de la cuota total obrero-patronal. Las cuotas se complementan por la contribución del Estado, igual a la mitad de la cuota patronal (con excepción de la prima para la Rama de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales).

Sociedades.—Las cotizaciones para los miembros de las Sociedades de crédito agrícola y de las de crédito ejidal son bipartitas (Sociedades y Estado). Para efectos de las cotizaciones a su cargo, las Sociedades deberán formular en los meses de enero y febrero liquidaciones con la nómina de sus miembros, acompañando sus credenciales para su “resello”.

Control.—Existen disposiciones que implican un control de la afiliación y del pago de las cotizaciones. Así, las Sociedades de crédito agrícola, las de crédito ejidal y las instituciones de crédito o auxiliares que operen en la región están obligadas a exigir a todo solicitante de préstamos que compruebe que está al día en el pago de las cuotas al Seguro Social. Igualmente, los gerentes de los distritos de riego, o los encargados de la distribución de las aguas para el regadío, deberán exigir a los solicitantes de agua el comprobante de pago de sus cuotas.

NICARAGUA

Anteproyecto de Ley del Seguro Social.

En la octava sesión celebrada por la Comisión Planificadora, y que según la Ley creadora de Ministerios está integrada por un representante de los Ministerios de Salubridad, Gobernación y Trabajo, que son los propios Ministros, se aprobaron, con ligeras modificaciones, los primeros 32 artículos de dicho anteproyecto, los cuales comprenden las funciones relacionadas con el funcionamiento del Instituto, con la financiación del mismo y con la organización que deberá tener respecto a las finalidades que persigue para mejorar el nivel de vida del pueblo nicaragüense.

Según lo que se ha acordado por parte de los miembros de la Comisión Planificadora, el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social será una Entidad totalmente autárquica, deseosa en todo momento de contar en su seno con el personal más completo y competente, sobre todo en lo que a los médicos se refiere, los cuales serán nombrados conforme a su capacidad y no en relación con las intrigas políticas que cada cual

podiere poner en práctica, como maliciosamente se ha querido dar a entender por parte de elementos ambiciosos e inconformes.

Ahora bien; según lo han expresado algunos miembros de la Comisión Planificadora, ahora que el Seguro Social está por establecerse en Nicaragua, deben cooperar estrechamente todos los organismos relacionados con las funciones asistenciales, médicas y sociales para que el fruto a obtener sea verdaderamente digno del pueblo nicaragüense. Por otra parte, no debe desperdiciarse lo que tan sabiamente ha dicho el Dr. Manuel De Viado en su Informe del Secretario general: "La Seguridad Social y los regímenes de Seguros Sociales son los únicos que pueden hacer desaparecer paulatinamente la desigualdad que trae consigo la actual división de clases sociales, porque nuestras humanidades encuentran en ella ese tipo universalista que es la característica del pensamiento y la civilización occidental.

Ojalá en Nicaragua la instauración del Seguro Social conduzca a la integración política de una asociación de individuos que, en función dinámica coordinada positivamente, permita que las excelencias que entrañan los Seguros Sociales se traduzcan en un despertar del sentimiento altruista, fraterno y cooperativo de beneficios mayoritarios; es como se podrá neutralizar, combatir y extinguir la indigencia y poca productividad de nuestro pueblo."

PARAGUAY

Nueva Ley de jubilaciones y pensiones de empleados ferroviarios.

La Ley núm. 238, de 27 de agosto de 1954, sustituye los Decretos-Leyes de jubilaciones y pensiones de empleados ferroviarios números 1.550 y 10.047.

Las disposiciones principales de la nueva Ley, cuya ejecución ha sido confiada a la Caja de Seguros Sociales de Empleados y Obreros Ferroviarios, pueden resumirse como sigue:

Campo de aplicación. — Están sometidos a la obligatoriedad de la Ley:

- a) los empleados y obreros de las Empresas ferroviarias establecidas o que se establezcan en el país, toda vez que están libradas al servicio público;
- b) los empleados y obreros de los servicios de comedor y confiterías incorporados al régimen ferroviario, aun cuando tales servicios están a cargo de contratistas, y

- c) el personal de la Caja;
- d) los contratistas y subcontratistas de las Empresas ferroviarias y su personal, siempre que se ocupen de trabajos inherentes al servicio ferroviario.

Organización administrativa.—La Caja es una institución autónoma, con personalidad jurídica y patrimonio propio; su sede está establecida en Asunción.

La administración de la Caja estará a cargo de un Directorio, constituido por un Presidente, designado por el Poder Ejecutivo, a propuesta del Ministerio de Justicia y Trabajo; por dos representantes de las Empresas ferroviarias, dos de los trabajadores de las mismas y un jubilado. Asimismo será designado un suplente por cada representante titular.

El Presidente del Directorio es el representante legal de la Caja. La duración de su mandato es de cinco años, mientras que la de los demás miembros del Directorio es de tres años.

Prestaciones: Enfermedad, maternidad y riesgos profesionales.—En caso de enfermedad, maternidad o accidente de trabajo y enfermedades profesionales de los asegurados, y en caso de enfermedad o maternidad de familiares con derecho y de jubilados y pensionistas, la Caja concederá las siguientes prestaciones:

- a) asistencia médica, quirúrgica, odontológica, obstétrica, farmacéutica y hospitalaria;
- b) provisión de aparatos de prótesis y ortopedia necesarios en casos de accidentes del trabajo;
- c) un subsidio en dinero para los asegurados, cuando la enfermedad o accidente les imposibilitare para el trabajo, e igualmente un subsidio en dinero para los asegurados, en caso de maternidad;
- d) pensiones mensuales o indemnizaciones, cuando el accidente del trabajo o la enfermedad profesional causare una incapacidad permanente, total o parcial, y
- e) una cuota mortuoria en caso de fallecimiento del trabajador asegurado o de un jubilado, sin perjuicio de las pensiones que pudieran corresponder a los sobrevivientes.

Pensiones.—Las pensiones previstas son las siguientes:

- a) pensiones de invalidez;
- b) pensiones ordinarias, y
- c) pensiones reducidas por retiro anticipado.

Pensiones de invalidez.—Tiene derecho a una pensión de invalidez el asegurado que se invalidare después de haber cumplido un período no menor de cinco años de aportes a la Caja.

Se considera como inválido, a los efectos de esta Ley, el empleado u obrero que, a consecuencia de una enfermedad o de alteración física o mental, se incapacite para procurarse en el servicio ferroviario, mediante una labor proporcionada a sus fuerzas, capacidad y formación profesional, una remuneración equivalente, por lo menos, a un tercio de la remuneración habitual que percibe un trabajador ferroviario sano del mismo sexo y de capacidad y formación semejantes. No se concederá jubilación si el asegurado hubiere provocado intencionadamente la incapacidad.

Pensiones ordinarias.—Tiene derecho a la pensión ordinaria el asegurado que ha cumplido la edad de cincuenta años, por lo menos, habiendo realizado un mínimo de veinticinco años de servicio.

Pensiones reducidas por retiro anticipado.—Tiene derecho a una pensión reducida de retiro el asegurado que tenga cuarenta años y haya cumplido un período de cotizaciones de, por lo menos, veinticinco años.

PUERTO RICO

Disminución de los accidentes del trabajo.

De acuerdo con un estudio realizado recientemente por la División de Análisis de Estadísticas de Accidentes, del Departamento del Trabajo, durante el año fiscal 1953-54 se radicaron en el Fondo del Seguro del Estado 59.453 casos de accidentes del trabajo, lo que representa una reducción de 1.993, o sea 3 por 100 de los casos registrados durante el año anterior.

El 44 por 100 del total de estos accidentes ocurrieron en la agricultura. Vale la pena señalar que en años anteriores—con excepción de 1952-53—este porcentaje se había mantenido entre 49 y 50 por 100. Es decir, que durante los últimos dos años ha habido una reducción considerable en el número de accidentes en la agricultura.

El estudio en cuestión reveló que el 75 por 100 del total de los accidentes agrícolas del año fiscal 1953-54 ocurrieron en las fincas de caña. En años anteriores estos accidentes representaban del 76 al 79 por 100 del total. En las fincas de café no ha habido reducción consi-

derable en el porcentaje de accidentes, habiéndose mantenido éste alrededor del 11 por 100. En las fincas de tabaco el porcentaje aumentó en un 2 por 100 sobre el año anterior, cuando fué de 8 por 100.

El estudio aludido reveló, además, que 125 trabajadores agrícolas murieron durante los años 1948-49 al 1953-54. 86 de estos trabajaban en fincas de caña; 15, en fincas de tabaco; 10, en fincas de café; 10, en vaquerías; 4, en fincas de piña y frutas citrosas y en floricultura. Analizando 123 de estos 125 casos de muerte, se descubrió que 44 de ellos —es decir, el 36 por 100—, murieron en accidentes relacionados con vehículos.

Un gran número de estas muertes fueron consecuencia de la peligrosa práctica del "peón suicida", tan combatida por el Departamento del Trabajo.

NOTICIAS DE OTROS PAISES

AUSTRALIA

Seguro Médico voluntario.

En julio de 1953, el Gobierno de Australia puso en vigor un régimen de prestaciones médicas, que, a semejanza del régimen de prestaciones hospitalarias, se basa en un Seguro voluntario subvencionado por el Estado, concluido con una organización habilitada a tal efecto, y que no persigue fines lucrativos.

El Gobierno Federal paga los gastos de cada uno de los servicios médicos a las personas aseguradas en una organización habilitada, por lo que se refiere a la asistencia que reciben ellas mismas o las personas a su cargo. Según la declaración del Sr. Earl Page, Ministro de Sanidad, en la VII Asamblea de la Asociación Médica Mundial, el Gobierno considera que este régimen de prestaciones debería inducir a muchas personas, especialmente a las que trabajan por su cuenta y a las que se dedican a la agricultura, a acogerse a dichos beneficios, y que la combinación de estas prestaciones con las del Seguro Social bastaría para cubrir la mayor parte de los honorarios médicos que deben pagar los miembros de los grupos de ingresos más reducidos.

Naturaleza de las prestaciones y requisitos para su concesión.—Las prestaciones que otorga el Gobierno Federal se calculan en función de una tarifa fija y de acuerdo con una lista de más de 600 categorías de servicios profesionales. La asistencia a domicilio, hospitalaria o en la oficina, impartida por médicos generales y especialistas, la administración de anestésicos según se especifique, determinadas operaciones, asistencia obstétrica, inyecciones, vacunas y tratamiento de determinadas fracturas y dislocaciones, otorgan a una persona asegurada el derecho a la percepción de las prestaciones del Gobierno Federal, a condición de que la organización de Seguros pague por el mismo servicio profesional una suma equivalente, por lo menos, al importe de la prestación otorgada por el Gobierno. En tales casos, el pago se efectúa, incluso si la persona asegurada no tiene derecho a él, con arreglo a los Regimientos de la organización de Seguros a la cual pertenece; por ejemplo, cuando no ha completado el período de afiliación requerido por el Seguro, cuando padece de una enfermedad o afección crónica cuyos síntomas ya eran evidentes en la fecha en que ingresó en el Seguro, o cuando ha agotado la cantidad máxima anual que le corresponde. Determinados servicios patológicos y radiológicos, operaciones, electrocardiografías, así como la administración de determinados anestésicos, dan derecho a la persona asegurada a la prestación que concede el Gobierno Federal, independientemente de que la organización de Seguros pague o no prestaciones por ese concepto.

Cuantía de las prestaciones.—El monto de las prestaciones que corresponde pagar al Gobierno Federal oscila entre seis chelines, por una consulta con un médico general, y once libras australianas, cinco chelines, por una operación. Conforme al régimen de prestaciones médicas no existe relación directa entre el Gobierno Federal y los médicos, quienes cobran los honorarios que juzguen pertinentes.

Cuando una organización de Seguros proporciona, en virtud de un acuerdo concluido con los médicos generales, determinados servicios profesionales a las personas aseguradas, el Ministro de Sanidad puede disponer, si lo considera oportuno, que se reembolse a la organización una cantidad, que en ningún caso deberá exceder de la mitad de los honorarios normalmente pagados a los médicos generales.

Habilitación de las organizaciones de Seguros.—Los factores que se toman en consideración para conceder o rehusar la habilitación de una organización de Seguros bajo el régimen de prestaciones médicas comprenden: el número de contribuyentes al fondo de prestaciones médicas de la organización, el importe de las cotizaciones y de las presta-

ciones, los servicios profesionales que abarca, las reglas relativas a los pagos y la proporción entre los gastos administrativos y las cotizaciones recaudadas. El funcionamiento de las organizaciones de Seguros habilitadas está subordinado al control del Director General de Sanidad, asistido por un Comité, compuesto de un alto funcionario del Gobierno Federal y de otro del Departamento de Sanidad.

CANADA

Mejoras del Seguro de Paro.

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley de 28 de febrero de 1950, se creó una indemnización por paro especial, llamada "Indemnización suplementaria", en favor de las categorías de asegurados siguientes:

- a) Los que habiendo trabajado en Empresas sujetas al Seguro de Paro quedan sin empleo y han cobrado las prestaciones correspondientes al Seguro de Paro durante el período máximo previsto por la Ley, y
- b) Los que habiendo trabajado en ocupaciones cubiertas por el Seguro Obligatorio no han cubierto el período de espera previsto por la Ley (90 cotizaciones, como mínimo).

La cuantía de la indemnización suplementaria, que era al principio igual al 80 por 100 de la indemnización por paro ordinario, ha sido equiparada por la Ley de 10 de enero de 1955 a la indemnización por paro ordinaria. Por lo tanto, la nueva indemnización suplementaria es, desde el 1.º de enero de 1955, la siguiente:

Salario semanal	IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SUPLEMENTARIA	
	Asegurados sin cargas familiares	Asegurados con cargas familiares
	En dólares	En dólares
Hasta 9... ..	4,20	4,80
De 9 a 14,99... ..	6,00	7,50
De 15 a 20,99... ..	8,70	12,00
De 21 a 26,99... ..	10,80	15,00
De 27 a 33,99... ..	12,90	18,00
De 34 a 47,99... ..	15,00	21,00
Más de 48,00... ..	17,10	24,00

Si bien las normas que reglamentan la concesión de dicha indemnización suplementaria han sido modificadas en sentido favorable y la concesión de la mencionada indemnización se inspira generalmente en un criterio de benevolencia, la amplitud del período ha sido fijada, a partir del 1.º de enero de 1955, en sesenta días, como mínimo, en lugar de treinta días para los del apartado a) y dieciocho para los del apartado b) durante el período invernal de 1954.

ESTADOS UNIDOS

Aumento de los subsidios de paro en 16 Estados.

Dieciséis Estados de este país han aumentado, en lo que va de este año, los subsidios máximos concedidos por el Seguro de Paro. Los Estados que han aprobado estas mejoras y las tarifas antiguas y actuales son las siguientes:

	Antigua	Actual
Arizona...	20	30
Arkansas...	22	26
Idaho...	25	30
Indiana...	27	30
Iowa...	26	30
Kansas...	28	32
Montana...	23	26
Nuevo Hampshire...	30	32
Nueva York...	30	36
Dakota del Norte...	32	35
Pensilvania...	30	35
Rhode Island...	25	30
Tennessee...	26	33
Utah...	27,50	33
Vermont...	25	28
Washington...	30	35

Además de los Estados mencionados, Alaska también ha aumentado los subsidios máximos de 35 dólares a 45 dólares por semana. Los Estados siguientes han prolongado la duración del período de subsidios: Arizona, de 20 a 26 semanas; Arkansas, de 16 a 18; Iowa, de 20 a 24; Pensilvania, de 26 a 30; Vermont, de 20 a 26.

FRANCIA

Oposición al proyecto de Ley de autonomía de las Cajas de Retiro.

La Federación Francesa de Ingenieros y cuadros de la C. F. T. G. anuncian su oposición al proyecto de Ley presentado a la Asamblea Nacional por el ex Ministro de Trabajo M. Claud-Petit sobre el régimen complementario de retiro tutelado por el Estado, por tender a eliminar la gestión paritaria de las Cajas de Retiro.

Asamblea General de la Unión Nacional de Cajas de Subsidios Familiares.

La Asamblea General de la Unión Nacional de las Cajas de Subsidios Familiares se reunió en Issy-les-Moulineaux durante los días 6 y 7 de mayo último. Ochocientos cincuenta Delegados representaban el conjunto de los Consejos de Administración de las Cajas metropolitanas y de ultramar.

Las menciones adoptadas después de efectuarse los trabajos se refieren esencialmente a los siguientes puntos:

Financiación y aumento de los Subsidios familiares.—La Asamblea ha solicitado que el salario-base que sirve para el cálculo de las prestaciones familiares sea fijada, en principio, tomando como base 225 veces el salario-hora del obrero manual de la región parisina, sin reducción de zonas.

Por ahora, la Asamblea solicitó que el aumento del 5 por 100 del salario-base recientemente aprobado se extienda a todos los niños mayores de diez años, y que el salario-base para el cálculo de los Subsidios familiares ascienda a 22.680 francos.

La Asamblea ha acordado que las cantidades necesarias para este reajuste de Subsidios familiares deberían salir de un nuevo ingreso, para que la colectividad pueda tomar parte en la obtención de recursos de la compensación de las cargas familiares, no aumentándose así las cotizaciones profesionales.

En fin, la Asamblea ha solicitado que en la Caja Nacional de la Seguridad Social sea asegurada la autonomía de los fondos de las prestaciones familiares.

Compensación interprofesional de los Subsidios familiares.—La Asamblea ha confirmado su oposición a las disposiciones actualmente

aplicadas, y solicita la supresión de las medidas que cargan a las Cajas de Subsidios Familiares del régimen general una parte importante del financiamiento de las prestaciones familiares de la agricultura.

Reducciones de zonas.—La Asamblea ha pedido que en el plazo más breve se suspendan las reducciones de zonas en lo referente a los Subsidios familiares.

Subsidio a la mujer en el hogar.—La Asamblea ha pedido la creación, para todas las familias, de un subsidio a la mujer en el hogar, que sustituirá el actual de salario único. Su cuantía sería tal, que podría permitir a la madre de familia escoger libremente entre una actividad profesional y su presencia permanente en el hogar.

La Asamblea ha denunciado la orientación contraria a los intereses de las familias que tiende a centralizar en la Caja Nacional de Seguridad Social el financiamiento de la acción social de las Cajas. Ha pedido que se eleve del 3,5 por 100 al 5 por 100 de las prestaciones legales abonadas la dotación propia de las Cajas de Subsidios Familiares departamentales, y que les sea transferido el complemento de recursos recientemente concedido a la Caja Nacional de Seguridad Social.

También ha denunciado la confusión de los poderes de gestión y de control confiados a la Dirección General y a las Direcciones Regionales de la Seguridad Social, llamando la atención del Parlamento sobre la necesidad, en el momento en que van a desarrollarse las elecciones sociales para la renovación de los Consejos, de restablecer los poderes reales de gestión en beneficio de los administradores elegidos.

POLONIA

Reorganización de la Administración de los Seguros Sociales.

Por Decreto de 2 de febrero de 1955, que entró en vigor el 1.º de marzo, fué reorganizada la Administración de Seguros Sociales en Polonia.

En virtud de este Decreto se transfiere la mayor parte de la competencia en materia de Seguros sociales a las organizaciones sindicales. Desaparece el Instituto de Seguros Sociales, que fué creado en 1934, mediante la fusión de varias instituciones de Seguros, y sus prerrogativas en materia de administración de las prestaciones en dinero en casos de enfermedad, maternidad, accidentes del trabajo, así como de gastos funerarios y Subsidios familiares, se transfieren a los Sindicatos.

La administración de las pensiones se transfiere al Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

Sobre la base del mencionado Decreto se ha dictado una serie de órdenes que se refieren, sobre todo, a los siguientes aspectos: modo de preparar y aplicar el presupuesto de Seguros sociales correspondientes a las Ramas de Seguros sociales, cuya administración se ha confiado a las organizaciones sindicales; estatuto del Ministerio de Trabajo y Previsión Social en materia de Seguros sociales, y demás cuestiones administrativas.

El nuevo sistema de administración por los Sindicatos debe considerarse como provisional, y será sustituido por una administración organizada de acuerdo con las Ramas profesionales.

Ministerio de Trabajo y Previsión Social.—En virtud de la nueva legislación, el Ministerio de Trabajo y Previsión Social administra las pensiones de Seguros por intermedio de las Direcciones departamentales y de las Direcciones de distrito, así como de las Direcciones establecidas en las ciudades. El Decreto dispone que los órganos directores de los Consejos Nacionales, en el plano de los departamentos, de los distritos y de las municipalidades, deben actuar en adelante en calidad de órganos territoriales para todas las cuestiones relativas a pensiones. Estos órganos del Ministerio de Trabajo y Previsión Social son competentes en todas las materias relativas a pensiones y cuestiones de invalidez y de empleo, así como en las relativas a pensiones extranjeras.

Consejo Central de Sindicatos.—El órgano superior al que incumbe una gran parte de las responsabilidades en el campo de la administración de las Ramas de Seguros confiados a las organizaciones sindicales es el Consejo Central de Sindicatos. Este tiene por tarea:

- a) someter al Consejo de Ministros los proyectos de Ley;
- b) dictar órdenes y dar instrucciones relativas a la aplicación de los Reglamentos de Seguros sociales;
- c) interpretar los Reglamentos y su aplicación, y
- d) definir, según el criterio del Presidente del Consejo de Ministros, el modo de administración de los Seguros sociales por los Sindicatos.

Igualmente establece las bases de procedimiento para el arreglo de litigios, habiéndose abolido los antiguos Tribunales de Seguro Social. El Consejo Central de Sindicatos ha creado la Dirección Central de Seguros Sociales, encargada de la administración de los Seguros sociales, que en adelante caen bajo la competencia de los Sindicatos.

Las Direcciones departamentales que han sido creadas por el Consejo Central de Sindicatos, en el nivel de las voivodias, se someten al control de los Consejos departamentales de Sindicatos. Las Direcciones departamentales, de acuerdo con la Secretaría del Consejo Central de Sindicatos, pueden crear Ramas locales encargadas de proporcionar informaciones, asistir a los asegurados y a las Empresas e inscribir los pedidos.

Dirección Central de Seguros Sociales.—Las obligaciones que incumben a la Dirección Central de Seguros Sociales son las siguientes:

- a) elaborar y comentar los proyectos de legislación y las directivas e instrucciones relativas a los Seguros sociales, que deben someterse al Consejo Central de Sindicatos;
- b) preparar los proyectos de presupuesto;
- c) organizar, dirigir y controlar la actividad de las Direcciones regionales y la organización de los Seguros sociales en las Empresas;
- d) garantizar la instrucción y formación de los miembros de los Sindicatos y de las Empresas en materia de medicina profiláctica;
- e) colaborar con la Inspección del Trabajo y el Servicio Médico en una acción preventiva contra las enfermedades, y
- f) organizar el control de los servicios médicos en las Empresas, Sanatorios y establecimientos de cura en las estaciones de aguas mineromedicinales.

Direcciones departamentales.—Las Direcciones departamentales tienen las siguientes responsabilidades:

- a) adoptar decisiones en cuanto al fundamento de las solicitudes de prestaciones;
- b) controlar las actividades de las Empresas en materia de Seguros sociales y familiarizar al personal de las mismas con las cuestiones de Seguros sociales;
- c) garantizar la instrucción de los miembros de los Sindicatos en materia de Seguros sociales y de medicina profiláctica;
- d) estudiar las razones del ausentismo en las Empresas, y
- e) vulgarizar los programas de Seguros sociales.

Direcciones regionales.—Las obligaciones de las Direcciones regionales son semejantes a las de las Direcciones departamentales.

Administración financiera.—En lo que respecta a la administración financiera de los Seguros sociales, incumbe al Consejo de Ministros

fijar, en última instancia, la tasa de las cuotas, a propuesta del Consejo Central de Sindicatos. Fija igualmente los diferentes capítulos del presupuesto de Seguros sociales—que de hoy en adelante forman parte del presupuesto del Estado—en el campo de las materias que caen bajo la competencia de los Sindicatos. Esta parte del presupuesto comprenderá en lo futuro no solamente los ingresos provenientes de las cuotas y los gastos en razón de las prestaciones corrientes, sino también los gastos no comprendidos en el presupuesto del antiguo Instituto, tales como los gastos por las estadas en los Sanatorios y campamentos de vacaciones, y, en general, por el disfrute del tiempo libre y la formación de los miembros de los Sindicatos en materia de Seguros sociales.

TAILANDIA

Nueva Ley de Seguro Social.

Esta Ley, que entró en vigor el 10 de febrero de 1954, se aplica gradualmente, y cubre sólo algunos riesgos al principio de su implantación. Las características más importantes de la misma son las siguientes:

Personas aseguradas.—Las personas de dieciséis a sesenta años tienen derecho al Seguro, y éste es obligatorio para los empleados que trabajen regularmente en una localidad donde la Ley se halle en vigor y perciban un salario mensual de 50 o más bath. Esta obligación no se aplica, sin embargo, a ciertas categorías de personas, a saber:

- a) los funcionarios públicos que tengan derecho a pensión o indemnización, de conformidad con la Ley de pensiones e indemnizaciones para funcionarios;
- b) los extranjeros que residan en Tailandia temporalmente y que estén contratados por un empleador durante un período que no exceda de un año;
- c) las personas de más de cincuenta años de edad que hayan ocupado recientemente un empleo, sin haber estado aseguradas anteriormente o que acaben de mudarse de una localidad donde la Ley no se hallase aún en vigor, y
- d) los empleados que se hallen exentos, por Decreto, de esta obligación.

Prestaciones.—Las personas que se hallan aseguradas obligatoriamente tienen derecho a prestaciones a partir del momento en que se

haga efectiva la primera cotización. Los afiliados voluntariamente al plan pueden obtener las prestaciones una vez pagadas cuatro cotizaciones mensuales.

Las prestaciones comprenden pagos en metálico y prestaciones en especie u otros servicios. La Ley cubre los siguientes riesgos: maternidad, prestaciones familiares, enfermedad, invalidez, vejez, gastos de entierro.

Maternidad.—Se pagan prestaciones de maternidad a las mujeres aseguradas.

Prestaciones familiares.—Una persona asegurada que tenga más de cinco hijos legítimos, todos ellos en vida y no mayores de quince años de edad, tiene derecho a prestaciones familiares.

Enfermedad.—Una persona asegurada tiene derecho a prestación por enfermedad si un médico o un funcionario competente, que diagnostique su caso, considera que la persona asegurada quedará incapacitada para ejercer empleo remunerado durante más de siete días consecutivos.

Invalidez.—Toda persona asegurada tiene derecho a prestaciones de invalidez cuando padezca de una enfermedad crónica durante más de un año, se halle mutilada, incapacitada por una lesión o sufra trastorno mental. El médico y el funcionario competente certificarán entonces que la persona asegurada es incapaz de ganar su vida temporal o permanentemente, o que ha perdido de este modo todos o parte de sus medios de subsistencia. Si la persona asegurada, sin razón válida, rehusa o descuida el tratamiento prescrito por el médico o no sigue las instrucciones dadas por el funcionario competente para su readaptación profesional, se suspenderá la prestación temporal o permanente.

Vejez.—Una persona asegurada tiene derecho a prestaciones de vejez a la edad de cincuenta y cinco años, a condición de que haya satisfecho cotizaciones durante diez años consecutivos.

Gastos de entierro.—Al fallecer una persona asegurada, su heredero o la persona responsable de su entierro recibe las prestaciones correspondientes.

Cotizaciones.—Las cotizaciones, pagaderas mensualmente por los empleados, sus empleadores y el Gobierno, fueron fijadas aproximadamente por la Ley, y varían según las ganancias de las personas aseguradas. La cotización del empleado varía entre 2 y 1/2 y 5 por 100 de su sueldo o salario; la cotización del empleador, de 2 a 4 por 100, y la cotización del Gobierno, de 1/4 a 2 y 1/2 por 100. Las empleadas satisfacen la mitad de la cotización de los empleados varones.

Una persona asegurada se halla exenta del pago de cotizaciones mientras cumple su servicio militar o se la "emplaza" para servicio militar temporal, o mientras recibe prestaciones sociales distintas de las asignaciones para los hijos.

Dentro de un plazo de noventa días, a partir de la fecha en que la Ley entre en vigor en cualquier localidad, los empleadores deberán comunicar al funcionario los nombres de las personas a quienes emplea.

Caja de Seguros Sociales.—El Presidente y Vicepresidente son nombrados durante cuatro años. Al cabo de los primeros dos años, la mitad de los miembros tienen que ser sustituidos. Los miembros salientes pueden volver a ser nombrados. El Presidente, el Vicepresidente y los miembros pueden dimitir o pueden ser relevados de sus cargos por el Consejo de Ministros. El Comité está autorizado para nombrar uno o más Subcomités consultivos, y puede delegar poderes.

El Comité de Seguros Sociales está encargado de preparar un presupuesto para la aprobación del Consejo de Ministros. Todo excedente de fondos deberá depositarse en un Banco o ser empleado en la adquisición de bonos o fondos públicos garantizados, en la construcción de inmuebles, o utilizarse para la concesión de préstamos destinados a la construcción de edificios, a la realización de proyectos de interés público, a la creación de centros de formación profesional, instituciones para ancianos, mutilados o inválidos y para el público en general, o a construir o ampliar hospitales o para otros fines de este género.

Todos los años, el Tribunal Nacional de Cuentas debe proceder a la comprobación de los libros de la Caja de Seguros Sociales.

Corresponde a los Ministros de Finanzas y del Interior vigilar la aplicación de esta Ley.

III.- LEGISLACION

BELGICA

Decreto-ley de 17 de junio de 1955 sobre el Reglamento general del Régimen de retiro y supervivencia de los obreros

CAPITULO PRIMERO

CAMPO DE APLICACIÓN.

ARTÍCULO 1.º Estarán comprendidos en las disposiciones de la Ley del 21 de mayo de 1955, relativa a la pensión de retiro y supervivencia de los obreros, los trabajadores designados en el artículo 1, párrafo 1.º de dicha Ley, comprendiendo:

1.º Los trabajadores domésticos internos.

2.º Los trabajadores domésticos externos ocupados en el servicio de uno o varios patronos, siempre que la duración de sus servicios llegue como mínimo a veinticuatro horas semanales, a razón de cuatro horas diarias por lo menos con el mismo patrono.

3.º Los trabajadores de las empresas familiares, tales como se definen en el artículo 59.

Están comprendidos, además, los trabajadores manuales ocupados en el servicio del Estado, de la provincia o del municipio, así como de un establecimiento público o de utilidad pública, y que en razón de esta ocupación no se benefician de un régimen de pensión establecido por o en virtud de una ley o de un reglamento provincial.

ART. 2.º Con excepción de los designados en el artículo 1, párrafo 2.º, se benefician de las disposiciones de dicha Ley, sin que sea requerida la condición de ocupación en Bélgica:

1.º Los trabajadores dispensados de esta condición por la aplicación de un convenio internacional.

2.º Los trabajadores de nacionalidad belga que habitualmente hayan trabajado en un país limítrofe de Bélgica, con la condición de que se hayan domiciliado en esta ciudad y que, en principio, vengan a diario.

3.º Los trabajadores de nacionalidad belga que hayan trabajado en un país extranjero por períodos de duración inferior a un año

cada uno por cuenta de un patrono de ese país, para efectuar un trabajo asalariado o asimilado, con carácter de temporada, si han conservado su habitual residencia en Bélgica y si su familia sigue residiendo en ese país.

4.º Los trabajadores ocupados en el extranjero por cuenta de un patrono establecido en Bélgica o que dependen de una sede de explotación establecida en Bélgica, si conservan su residencia en Bélgica y están comprendidos, por razón de esta residencia, en el Decreto-ley del 28 de diciembre de 1944, sobre la seguridad social de los trabajadores.

Sin embargo, los trabajadores a que se refieren los artículos 2 y 3 antes citados, no se benefician de las disposiciones de la Ley que si ingresan en la Caja de Pensiones de Retiro y Supervivencia la cotización a que se refiere el artículo 3, párrafo 3.º del presente Decreto, lo más tarde el 31 de diciembre del año siguiente. Estarán dispensados de ello si demuestran que su patrono o ellos mismos han ingresado las cotizaciones exigidas por la legislación del seguro de vejez del país o han estado trabajando durante el período considerado.

ART. 3.º A excepción de los que designa el artículo 1, párrafo 2.º, de la Ley del 21 de mayo de 1955, relativa a la pensión de retiro y supervivencia de los obreros, estarán comprendidos en las disposiciones de esta Ley, con la dispensa de la condición de residencia en Bélgica, concedida por el Ministro de Trabajo y Previsión, los trabajadores de nacionalidad belga ocupados en el extranjero, por cuenta de un patrono belga y que dependen de una sede de explotación establecida en Bélgica y no están afiliados, en razón de esta ocupación, al Decreto-ley del 28 de diciembre de 1944, sobre la seguridad social de los trabajadores.

En este caso, la dispensa de la condición de ocupación en Bélgica deberá ser solicitada al Ministro de Trabajo y de la Previsión Social, dentro de los tres meses a partir del comienzo del trabajo en el extranjero.

Esta dispensa no surtirá efecto más que con la condición de que, durante la ocupación en el extranjero, el trabajador interesado o su patrono ingrese en la Caja de Pensiones de Retiro y Supervivencia una cantidad equivalente a la parte de las cotizaciones patronales y personales que deberían ser ingresadas para la pensión de retiro y supervivencia, si el trabajador interesado hubiera trabajado en Bélgica.

CAPITULO II

DISPOSICIONES RELATIVAS AL DERECHO A LAS PRESTACIONES
DEL RÉGIMENSección 1.ª.—*Reglas aplicables a todas las prestaciones*

ARTÍCULO 4.º Será considerado trabajador provisional, en el sentido del artículo 4.º, párrafo 3.º de la Ley de 21 de mayo de 1955, todo trabajo, aunque tenga lugar en el domicilio de un particular y sea trabajo de recolección; todo empleo cuya duración no pase de un período ininterrumpido de seis días laborables al servicio de una misma persona, o dieciocho días laborables en el curso de un trimestre al servicio de una o varias personas.

Todo trabajo que exceda de estos límites, si no se declara a la Caja Nacional de Pensiones de Retiro y Supervivencia en las condiciones previstas en el artículo 19, párrafo 1.º de la Ley de 21 de mayo de 1955, expondrá al pensionista a la aplicación de la suspensión de uno a seis meses, doce en caso de reincidencia, prevista por este artículo.

ART. 5.º Se considerará como residente efectivo en Bélgica la persona que tiene ahí su residencia habitual y vive habitualmente sobre el territorio del reino.

Vive habitualmente sobre el territorio del reino el que no efectúa en el extranjero más que estancias inferiores a un mes, sin que éstos pasen una duración total de tres meses por año.

Se considerará igualmente como residente habitual en el territorio del reino el que viva ocasionalmente en el extranjero, aunque pase de un mes;

porque momentáneamente esté en tratamiento en un hospital o cualquier otro establecimiento público o privado destinado a recibir a los enfermos;

porque esté en un asilo o colonia de dementes o en una casa de salud;

porque resida con un pariente o socio que él o su esposa tenga que vivir en el extranjero, para llevar a cabo una misión o ejercer funciones para el servicio del Estado belga.

El beneficiario de prestaciones que se ausenta del reino deberá avisar, en el transcurso de un mes, a partir de su marcha, al Ministro de Trabajo y Previsión Social, indicando la duración prevista de su desplazamiento, y, si es superior a un mes, el motivo de dicho desplazamiento.

El Ministro de Trabajo y Previsión Social podrá autorizar un beneficiario de las prestaciones previstas por la Ley de 21 de marzo de 1955, a vivir en el extranjero durante un tiempo superior a un mes, cuando las circunstancias particulares justifiquen una estancia de tal duración.

ART. 6.º Para la aplicación de la Ley de 21 de marzo de 1955 se considerará como habitual, y en orden principal, toda ocupación que dure normalmente por lo menos unos ciento ochenta y cinco días al año y que comprenda cada una de las prestaciones de trabajo que se extiendan, un mínimo de cuatro horas.

Toda jornada de trabajo efectivamente comenzada será considerada como si hubiera llegado a la duración habitual de las jornadas de trabajo facilitadas por el trabajador interesado.

Para el cálculo del mínimo previsto en el párrafo 1.º, se tomarán en consideración las jornadas asimiladas en virtud del artículo 24.

ART. 7.º La demostración de haber trabajado que da lugar al derecho a pensión de retiro, de acuerdo con el artículo 1.º, párrafo 1.º de dicha Ley, será administrada:

1.º Para los años anteriores a 1945, para toda clase de derecho, incluyendo la presunción; ésta será de derecho para los años 1939 a 1945, incluidos, cualesquiera que hayan sido las ocupaciones del asegurado, siempre que sus ingresos no hayan sido superiores a 36.000 frs. para este período.

Esta presunción no podrá ser invocada por el asegurado que forma parte de una formación enemiga militar, paramilitar o de policía, o que su comportamiento durante la ocupación haya sido tal que ha merecido sanciones penales.

2.º Para el período comprendido entre el 1.º de enero de 1945 y 1954 incluido, con un documento que indique que el trabajador ha cotizado para obtener su pensión o que puede beneficiarse de la asimilación prevista en el artículo 24, sin haber tenido obligación de cotizar, sobre todo si durante el año 1954 ha estado parado, enfermo o inválido en el sentido de dicho artículo.

Los organismos de seguridad social facilitan sin espera, a partir de la entrada en vigor del presente Decreto, al organismo encargado de llevar la cuenta individual, todos los documentos de los que resulte la prueba de un trabajo habitual, y, en el orden principal, en el contenido de la Ley de 21 de mayo de 1955, durante el año civil 1954.

Sección 2.ª—Reglas aplicables a las pensiones de retiro

ARTÍCULO 8.º En el caso en que se aplique el artículo 9.º, párrafo 2.º de la Ley de 21 de mayo de 1955, la prueba de una ocupación que no sea la que se indica en el párrafo 1.º del artículo anterior, será administrada según las normas exigidas por las disposiciones que rigen el régimen de pensión al que el trabajador está sometido.

Si se trata de un trabajador que tenga que justificar su actividad como trabajador independiente, ésta resultará del abono de las cotizaciones exigidas en virtud de la Ley de 10 de junio de 1937, extendiendo los subsidios familiares a los patronos y a los no asalariados. Si desde el 1.º de enero de 1946 las cotizaciones han sido regularmente abonadas, la ocupación como trabajador independiente está considerada como comprobada para los años anteriores que no han dado lugar a cotización en otro régimen de pensiones.

ART. 9.º La comprobación de la ocupación habitual y en orden principal en los países limítrofes, se hará presentando la prueba de esa ocupación, según las normas exigidas por la legislación sobre el Seguro de Vejez en vigor en ese país, o por vía de derecho si la ocupación no ha llevado consigo en ese país la afiliación a dicha Ley.

ART. 10. Para la aplicación del artículo 9.º, párrafo 1.º de la Ley de 21 de mayo de 1955, los trabajadores que lleguen a la edad de retiro o que obtienen el pago anticipado antes del 31 de diciembre de 1959, deben presentar la prueba de su ocupación dentro de lo contenido en la disposición durante doce, por lo menos, de los quince últimos años que preceden al comienzo del período de la pensión.

Sección 3.ª—Reglas aplicables para las prestaciones en caso de fallecimiento

ARTÍCULO 11. 1. En ejecución del artículo 13, párrafo 2.º de la Ley de 21 de mayo de 1955, el abono de la cuantía integral de la pensión de supervivencia está subordinada a la condición de que el marido difunto haya estado ocupado habitualmente y en orden principal en la forma prevista en el artículo 1.º, párrafo 1.º de la Ley de 21 de mayo de 1955 durante la mitad, por lo menos, del período comprendido entre el 1.º de enero de 1926 o su vigésimo aniversario, si éste es posterior al 1.º de enero de 1926, y la fecha

de su muerte. La cantidad se reducirá en un 25 por 100 si el marido fallecido no ha estado ocupado de la forma exigida durante, por lo menos, la mitad de este período, y en un 50 por 100 si no lo ha estado durante la cuarta parte.

2. La disposición del párrafo primero no se aplica cuando el trabajador fallecido no tenía veinte años cumplidos en 1.º de enero de 1955.

ART. 12. La viuda que tiene derecho a beneficiarse de una pensión de supervivencia o de cualquier otra ventaja que la sustituya, en virtud de un régimen de pensión establecido por una disposición legal o reglamentaria belga, metropolitana o colonial o extranjera, otra que la Ley de 21 de mayo de 1955, no podrá beneficiar de la pensión que le sería concedida en virtud de dicha Ley más que en los límites que se indican a continuación:

1.º Si la pensión o beneficio del otro régimen se abona en proporción de un número de años de afiliación del esposo fallecido, la pensión que se concede según la Ley de 21 de mayo de 1955 se disminuirá en 1/40º por año, tomado en consideración por el cálculo de la pensión o beneficio concedido en el otro régimen.

2.º Si la pensión o beneficio del otro régimen ha sido concedido sin tener en cuenta el número de años de afiliación del esposo fallecido a ese régimen, su cantidad será deducida de la pensión concedida sobre la base de la Ley de 21 de mayo de 1955.

ART. 13. En ejecución del artículo 13, párrafo 2.º, línea 3 de la Ley de 21 de mayo de 1955, cuando no ha sido establecido que el marido fallecido haya sido ocupado de la forma prevista en el artículo 1.º, párrafo 1.º de la Ley de 21 de mayo de 1955, durante los doce últimos meses anteriores a su fallecimiento, la viuda tendrá, sin embargo, derecho a una parte de la pensión de supervivencia proporcional al número de años civiles durante los cuales su esposo fallecido ha trabajado de esta forma entre el año 1926 o la en que cumplió su vigésimo aniversario, si ésta es posterior a 1926 y el año de su fallecimiento.

Sin perjudicar a las normas que se establezcan por Real Decreto en aplicación del artículo 24 de la Ley de 21 de mayo de 1955, el derecho a pensión parcial reconocido por el presente artículo estará subordinado a la condición de que la viuda no pueda pretender una pensión de supervivencia o beneficio que la sustituya, en virtud de una disposición legal o reglamentaria belga, metropolitana o colonial o extranjera, otra que la Ley de 21 de mayo de 1955 para los mismos años o por una vida completa de trabajo.

ART. 14. La viuda que padezca una incapacidad permanente de un 66 por 100, podrá disfrutar de la pensión de supervivencia antes de llegar a los cuarenta y cinco años.

Esta condición será justificada por la viuda cuya incapacidad permanente está reconocida de la forma que determinan los artículos siguientes, como llevando consigo una reducción de su capacidad de ganancia a un tanto por ciento igual o inferior a un tercio de lo que una persona de misma condición y de misma formación puede ganar con su trabajo personal en el grupo de profesiones en que resalta la actividad ejercida en último lugar por el interesado o dentro de las varias profesiones que hubiera podido ejercer por el hecho de su formación.

ART. 15. El Consejo Médico de Invalidez, creado por Decreto del Regente de 21 de marzo de 1945, sobre la organización del seguro obligatorio en caso de enfermedad o invalidez, modificada por los Reales Decretos de 31 de diciembre de 1952 y 14 del mismo mes de 1954, está encargado de comprobar la incapacidad requerida para el abono de la pensión de supervivencia a la viuda que no haya cumplido los cuarenta y cinco años.

Para justificar esta incapacidad, la viuda enviará al Ministro de Trabajo y de Previsión Social, para apoyar su solicitud de pensión de supervivencia, un certificado expedido por su médico de cabecera, bajo pliego confidencial, destinado al Consejo Médico de Invalidez, de acuerdo con un modelo de impreso determinado por el mismo, de acuerdo con el Ministro de Trabajo y Previsión.

Se tomarán todas las precauciones necesarias para asegurar el respeto del secreto profesional.

ART. 16. El Consejo Médico de Invalidez comprobará la existencia de incapacidad determinada en el artículo 14 arriba indicado y fijará la duración y fecha de su comienzo.

La decisión del Consejo Médico de Invalidez será notificada, dentro de los tres días siguientes, al Ministro de Trabajo y de la Previsión Social y al interesado.

ART. 17. 1. Las decisiones del Consejo Médico de Invalidez estarán sujetas a revisión a petición de la viuda o del Ministro del Trabajo y de la Previsión Social.

2. En los quince días siguientes a la notificación prevista en el artículo 16, párrafo 3, el Ministro del Trabajo y de la Previsión Social y la viuda podrán recurrir contra la decisión del Consejo Médico de la Invalidez ante la Comisión de recurso dentro del distrito

donde residía la interesada en el momento de su solicitud de pensión.

Esta Comisión, previa consulta del informe de un médico experto designado por ella, decidirá fuera del Consejo Médico de la Invalidez.

El experto así designado podrá reclamar el dossier del Consejo Médico de la Invalidez sobre la interesada para revisarlo. Deberá presentar su informe durante el mes en que se le notificó su misión.

• ART. 18. Podrá, igualmente, disfrutar de la pensión de invalidez, antes de haber cumplido los cuarenta y cinco años, la viuda que tiene a su cargo un hijo por el que tiene derecho a percibir subsidio familiar. Para ello deberá unir a la solicitud una declaración y una testificación de acuerdo con los modelos impresos aprobados por el Ministro del Trabajo y de la Previsión Social. Esta testificación será facilitada por la Caja de Subsidios Familiares interesada y será renovada al principio de cada trimestre.

ART. 19. La indemnización de adaptación prevista en el artículo 15, párrafo 1.º de la Ley de 21 de mayo de 1955, será abonada previa presentación de una partida de defunción del marido.

ART. 20. La indemnización de adaptación prevista en el artículo 15, párrafo 2.º de la Ley de 21 de mayo de 1955, se abonará a la viuda beneficiaria de una pensión de supervivencia que vuelve a casarse, con la condición de que previamente haya avisado de su matrimonio a la Caja Nacional de Pensiones de Retiro y Supervivencia.

Esta indemnización se pagará previa presentación de una partida de matrimonio.

ART. 21. La concesión de la indemnización a que se refiere el artículo anterior no podrá ser un obstáculo para el ejercicio de los derechos ulteriores.

Sin embargo, la pensión de supervivencia no podrá iniciarse o volver a iniciarse menos de un año después del pago de la indemnización de adaptación prevista en el artículo 15, párrafo 1.º de la Ley de 21 de mayo de 1955, o menos de dos años después del pago de la indemnización de adaptación prevista en el artículo 15, párrafo 2.º de dicha Ley.

CAPITULO III

FIJACIÓN DEL IMPORTE DE LAS PRESTACIONES

Sección 1.ª—Remuneración, cuenta individual.

ART. 22. Las remuneraciones íntegras, reales, ficticias o según contrato de los trabajadores comprendidos en la Ley de 21 de mayo de 1955 serán inscritas en una cuenta individual que llevará el organismo que designe el Rey.

El Ministro de Trabajo y Previsión Social determinará los datos que la Oficina Nacional de Seguridad Social y las demás administraciones y organizaciones de seguridad social deberán facilitar al organismo encargado de llevar la cuenta individual.

Cada año se entregará al trabajador un extracto de su cuenta.

ART. 23. La remuneración íntegra real de un trabajador es la que se toma como base para el cálculo de la cotización abonada en aplicación del Decreto-ley de 28 de diciembre de 1944 sobre la seguridad social de los trabajadores.

Para las personas no incluídas en este Decreto-ley, comprenderá:

- 1.º El salario fijo.
- 2.º Las remuneraciones por horas extraordinarias.
- 3.º Los beneficios en metálico, calculados de acuerdo con los baremos fijados para los descuentos sobre la remuneración en metálico, a título de cotización en la Oficina Nacional de Seguridad Social.
- 4.º Las remuneraciones abonadas para los días de fiesta.
- 5.º Las participaciones en los beneficios.
- 6.º Las primas e indemnizaciones concedidas según contrato.
- 7.º Todos los demás beneficios que el patrono concede a su personal mediante un reglamento o por el uso constante y que ésta tiene derecho a descontar.

ART. 24. Para tener derecho a la pensión de retiro o de supervivencia, se asimilarán a los períodos de trabajo efectivo los de interrupción a causa de enfermedad, invalidez, parto, paro forzoso, vacaciones anuales, servicio militar, movilización en el ejército belga, huelga o cierre del establecimiento.

Serán igualmente asimilados a estos períodos de trabajo efectivo:

- 1.º Los períodos de interrupción de trabajo que siguen a un accidente por el que se concede reparación según el derecho común.

pero solamente en la proporción en que la responsabilidad no sea del mismo accidentado.

2.º Los períodos de interrupción de trabajo por causa excepcional, de la cual ha sido avisado con anterioridad el Ministro de Trabajo y Previsión Social y por los cuales ha autorizado al trabajador a ingresar en la Caja Nacional de Pensiones de Retiro y Supervivencia la cuantía de sus cotizaciones personales sobre la base de la remuneración, según contrato, prevista en el párrafo último del presente artículo, con la condición de que el trabajador haya efectuado ese ingreso a lo más tardar seis meses después de volver al trabajo y un año después de la expiración del trimestre civil al que se refieren las cotizaciones.

No se tomarán en consideración los períodos de paro forzoso para calcular la duración del tiempo durante el cual el trabajador ha sido privado de sus indemnizaciones como sanción para hechos que sean susceptibles de llevar consigo la aplicación de las disposiciones penales.

Para cada una de las jornadas de interrupción de trabajo, asimiladas a jornadas de trabajo efectivo otras que las vacaciones anuales, se tomará como base un salario ficticio fijado al tanto por ciento tomado en consideración, para las jornadas asimiladas en materia de vacaciones anuales.

Como medida transitoria no se tendrá en cuenta para el año 1955 más que las jornadas asimiladas en materia de vacaciones anuales.

ART. 25. Las disposiciones del artículo 24 no se aplicarán más que si el asalariado está comprendido en la Ley de 21 de mayo de 1955 desde cuatro trimestres, por lo menos, después del acontecimiento que dé lugar a la asimilación.

Además, los períodos de llamada a las armas no se asimilarán más que si el interesado está de nuevo incluido en la Ley de 21 de mayo de 1955, después de su permiso ilimitado, y se queda afiliado durante tres años por lo menos.

Cuando un trabajador que no ha estado incluido en la Ley de 21 de mayo de 1955 antes de su servicio militar lo ha sido dentro de los seis meses después de terminado éste y lo ha estado durante un período de tres años por lo menos, el período pasado bajo las armas será asimilado a un período de trabajo efectivo, por derogación del párrafo 1.º del presente artículo.

Las disposiciones del presente artículo no serán aplicables para los años anteriores a 1955. Para esos años será aplicable el artícu-

lo 24 si el interesado poseía la cualidad de trabajador asalariado en el momento en que se produjo el acontecimiento que dió lugar a la asimilación.

ART. 26. Para los inválidos y mutilados, trabajadores asalariados, que se benefician del subsidio de inválido o de mutilado y cuya incapacidad permanente es de 30 por 100 por lo menos, se tendrá en cuenta una remuneración a un tipo determinado de 3.120 francos mensuales si la remuneración real es inferior a esta cantidad.

ART. 27. En caso de accidente del trabajo o de enfermedad profesional indemnizables según las legislaciones sobre estas materias, se tendrá en cuenta, para tener derecho a la pensión de retiro, los períodos asimilados a jornadas de trabajo efectivo y la remuneración ficticia de que se trata en el artículo 2.º, párrafo 1.º, línea dos de la Ley de 21 de mayo de 1955, no podrá ser inferior al salario tomado en consideración para determinar la indemnización del subsidio o de la pensión.

Sin embargo, la remuneración real del asalariado será tomada en consideración cuando ésta sea superior a la remuneración ficticia determinada en el párrafo anterior.

ART. 28. Se tomarán en consideración los años anteriores a 1955 durante los cuales el trabajador a que se refiere el artículo 2.º haya trabajado en un país con el cual Bélgica tiene algún convenio de Seguridad Social, tomando como base una remuneración a un tipo determinado, que asciende a 37.333 francos anuales, si se trata de un casado que se encuentra en las condiciones previstas en el artículo 8.º, párrafo 1.º, línea cuatro de la Ley de 21 de mayo de 1955, y de 31.666 francos si se trata de otro beneficiario.

Para los años 1955 y siguientes se multiplicarán las remuneraciones a tanto determinado por un coeficiente que fijará anualmente el Ministro de Trabajo y Previsión Social.

Este coeficiente representa la proporción entre las pensiones pagadas enteras durante el año anterior, por aplicación de la Ley de 21 de mayo de 1955 y esta misma proporción, calculada para el año 1954.

Sin embargo, se deducirá de la pensión concedida la cuantía de la pensión de retiro o de cualquier otro beneficio que la sustituya y del cual se beneficia eventualmente, en virtud de la legislación del país donde trabaja, en virtud de la Ley de 21 de mayo de 1955.

Sección 2.ª—Pensión de retiro.

ART. 29. Cuando el beneficiario ha sido víctima de una enfermedad profesional, de un accidente de trabajo o de un accidente camino del trabajo, la cuantía de su pensión de vejez será disminuída de las pensiones establecidas, antes de todo pago en capital, de los subsidios e indemnizaciones concedidas o que, si no había escogido la reparación del daño sobre la base del derecho común, le hubiera sido concedido en virtud de las legislaciones relativas a la reparación de los daños que resulten de los accidentes del trabajo o de las enfermedades profesionales.

Quando el beneficiario ha resultado víctima de un accidente que no sea de trabajo o camino del trabajo y por el cual ha obtenido reparación de daños, resultando de su pérdida de capacidad de trabajo, de acuerdo con las disposiciones del derecho común, la cuantía de su pensión de vejez será disminuída de la cuantía de la que fué establecida antes de todo pago en capital y de las indemnizaciones concedidas en reparación de la pérdida de salario resultante de dicho accidente.

Sin embargo, no se operará sobre las deducciones a que se refieren los dos párrafos anteriores más que en la medida en que dichas pensiones, subsidios o indemnizaciones excedan del subsidio que se hubiera concedido al beneficiario si el accidente hubiera sido un accidente del trabajo ocurrido antes del 1.º de julio de 1905, o la cantidad máxima del subsidio al que pudiera tener derecho en virtud de la reglamentación relativa a la concesión de subsidios suplementarios en favor de ciertos beneficiarios de la Ley de 24 de julio de 1927 sobre la reparación de los daños que resultaran de las enfermedades profesionales.

ART. 30. La esposa residente en Bélgica y separada de hecho o de cuerpo podrá obtener la mitad de la pensión de retiro de su marido.

No podrá solicitar el beneficio de esta disposición si ha sido privada de la responsabilidad paterna o si ha sido condenada por haber atentado contra la vida de su esposo.

Quando el marido está ausente o deja de hacer valer sus derechos a una pensión de retiro, la esposa separada podrá, en su lugar y sitio y en las mismas condiciones, solicitar la parte que le pertenece en virtud del párrafo 1.º del presente artículo.

Quando la pensión cesa de pagarse al marido porque ya no re-

side en Bélgica, se seguirá pagando la parte concedida a la esposa separada en virtud del párrafo 1.º anterior.

ART. 31. Para determinar los oficios particularmente insanos de su sector y las reglas a que se refiere el artículo 12, párrafo 5.º de la Ley de 21 de mayo de 1955, el Ministro de Trabajo y Previsión Social convocará las Comisiones Paritarias en una sesión especial, que no podrá ser interrumpida ni clausurada antes de tomar un acuerdo. Durante esta sesión, la Comisión no puede suspender sus trabajos más de siete días.

Las Comisiones Paritarias deliberarán con validez sobre los objetos previstos en el presente artículo si están presentes, por lo menos, la mitad de los miembros que representan cada una de las partes. Para estos objetos se dará fuerza de ley a las resoluciones que, en comisión paritaria, habrán recogido la mayoría simple de los sufragios expresados por cada una de las partes.

Sección 3.ª.—*Pensión de supervivencia.*

ART. 32. La pensión de viudedad será disminuída de la renta de viudedad establecida, antes de todo pago en capital, concedida en virtud de las leyes relativas a la reparación de los daños que resulten de las enfermedades profesionales o de los accidentes del trabajo, o que hubiera sido concedida en virtud de estas leyes, si la viuda hubiera optado por la reparación sobre la base del derecho común.

Si el fallecimiento del marido es debido a un accidente que no sea de trabajo o de trayecto al trabajo y si ha obtenido del autor del accidente reparación del daño que resulta de la pérdida de salario del marido, la pensión de supervivencia será disminuída de la renta establecida, antes de todo pago en capital, correspondiente a la reparación del daño que resulte de la pérdida de dicho salario.

Sin embargo, las deducciones a que aluden los párrafos anteriores no entran en vigor más que en la medida en que la pensión exceda del subsidio que se concedería a la viuda si el accidente era un accidente de trabajo ocurrido antes del 1.º de julio de 1905 o si la cantidad máxima del subsidio a la cual pudiera tener derecho en virtud de la reglamentación relativa a la concesión de subsidios suplementarios en favor de ciertos beneficiarios de la Ley de 24 de julio de 1927 sobre reparación de los daños que resulten de las enfermedades profesionales.

CAPITULO IV

MODALIDADES DE PAGO DE PRESTACIONES

ART. 33. Los atrasos de prestaciones previstos por la Ley de 21 de mayo de 1955 serán liquidados por la Caja Nacional de Pensiones de Retiro y Supervivencia por medio de giros postales, cuyo importe será abonable en su domicilio y en manos del beneficiario.

Cuando el beneficiario es un hombre casado que vive con su esposa, el giro estará a nombre de los dos.

ART. 34. Las pensiones de retiro y de supervivencia serán abonadas mensualmente.

ART. 35. Para la aplicación del artículo 6.º, párrafo 3.º de la Ley de 21 de mayo de 1955, la separación de hecho de los cónyuges existe cuando la esposa tiene su residencia principal en otro lugar que su marido.

Esta residencia se comprobará por la inscripción en el censo de población.

ART. 36. Para beneficiarse del artículo 30 del presente Decreto, la esposa separada de hecho o de cuerpo dirigirá su solicitud, por carta certificada y firmada por ella, al Ministro de Trabajo y Previsión Social, y le hará conocer su residencia uniendo a su carta un certificado de inscripción en el censo de la población.

Avisará igualmente al Ministro de toda modificación en su estado civil.

ART. 37. En caso de fallecimiento del beneficiario de una prestación prevista por la Ley de 21 de mayo de 1955, los atrasos vencidos y no pagados no se abonarán más que a las personas siguientes y en el mismo orden que a continuación:

1.º Al cónyuge con el cual el beneficiario vivía en el momento de su muerte.

2.º A los hijos con quienes vivía el beneficiario en el momento de su muerte:

3.º A toda persona con quien el beneficiario vivía en el momento de su fallecimiento.

4.º A la persona que haya participado en los gastos de hospitalización.

5.º A la persona que ha abonado los gastos funerarios, indicando el importe de dichos gastos.

Los derechohabientes arriba enunciados que deseen obtener la liquidación, en su propio beneficio, de los atrasos devengados y no

abonados a un beneficiario fallecido, deberán dirigir su solicitud al Ministro de Trabajo y Previsión Social. La petición, firmada y sellada, deberá ser establecida sobre una fórmula de acuerdo con el modelo establecido por el Ministro de Trabajo y Previsión Social y avalada por el Alcalde del Ayuntamiento donde residía el difunto, que deberá certificar la exactitud de los datos que se mencionan.

Las solicitudes de pagos de atrasos deberán hacerse en el plazo de seis meses a partir de la muerte del beneficiario; en caso contrario, se anularán.

ART. 38. Las Comisiones de Asistencia Pública y el fondo común no podrán exigir, por parte de sus hospitalizados que se benefician de la Ley de 21 de mayo de 1955, una cantidad superior a los dos tercios de la pensión de retiro y supervivencia como pago de los gastos de hospitalización.

CAPITULO V

PROCEDIMIENTO DE INTRODUCCIÓN DE SOLICITUDES

ART. 39. Toda persona que desee beneficiarse de la pensión de retiro o de supervivencia, deberá solicitarla.

ART. 40. Esta solicitud será recibida por el Alcalde del Ayuntamiento en el cual el solicitante tiene su residencia efectiva.

El Alcalde podrá designar, al efecto, un funcionario de la administración comunal, en el que delega.

ART. 41. La solicitud de liquidación de pensión de retiro podrá ser presentada, lo más pronto, el primer día del segundo mes que precede al de la fecha de cumplimiento de los sesenta y cinco años o sesenta, según se trate de un hombre o de una mujer.

Si se solicita anticipadamente el beneficio, el coeficiente de reducción aplicable es el que corresponde a la edad cumplida del peticionario en el momento de la presentación de la solicitud.

ART. 42. La pensión de supervivencia no se concede más que a partir del primer día del mes que sigue a la presentación de la solicitud cuando esta formalidad se lleva a cabo más de seis meses después del fallecimiento del asegurado, o si el fallecimiento es anterior al 1.º de enero de 1955, a partir de la entrada en vigor de la Ley de 21 de mayo de 1955.

ART. 43. El Alcalde deberá recibir las solicitudes de pensión de retiro o de supervivencia por lo menos un día a la semana que designe expresamente para este fin.

Se colocará un anuncio de forma aparente y permanente en el

sitio reservado a las publicaciones oficiales; éste indicará el local, así como los días y horas en los cuales pueden presentarse los interesados para llevar su solicitud.

ART. 44. El solicitante deberá presentarse en persona en casa del Alcalde.

En caso de enfermedad o invalidez, debidamente comprobada mediante un certificado médico, el solicitante podrá hacerse reemplazar por un tercero que envíe especialmente con este fin. Este deberá ser mayor de edad y deberá llevar una autorización, que se unirá a la solicitud.

ART. 45. Al presentar la solicitud, el peticionario deberá presentar su carnet de identidad, y, eventualmente, el de su esposa. El mandatario también deberá presentar su carnet de identidad.

ART. 46. El Alcalde establecerá la solicitud de pensión de retiro o la de supervivencia sobre un formulario de acuerdo con el modelo fijado por el Ministro de Trabajo y de Previsión Social; anotará cuidadosamente todos los datos relativos al estado civil y a la nacionalidad del solicitante y, eventualmente, del cónyuge, según las indicaciones del carnet de identidad.

ART. 47. El Alcalde hará suscribir y firmar el compromiso siguiente:

El abajo firmante (nombre, apellido, estado civil, vive en..., calle..., núm...), declara por la presente comprometerse formalmente a cesar toda actividad profesional a partir del momento en que se beneficie de la pensión de retiro o supervivencia concedida (a mi marido), con excepción de un trabajo provisional tal y como se define en las disposiciones del real Decreto cuyo texto figura al dorso del acuse de recibo de la solicitud.

Declaro igualmente no ser beneficiario de ninguna indemnización por causa de enfermedad, invalidez o paro forzoso en aplicación de una legislación de Seguridad Social belga, metropolitana o colonial o extranjera, comprendiendo la relativa a los inválidos y mutilados.

Tengo conocimiento que está prohibido:

- 1.º Comprometerme por un contrato de alquiler de trabajo.
- 2.º Ejercer, en nombre propio o de otra persona, cualquier actividad de artesanía, comercial, industrial o agrícola, así como una profesión liberal.

Hecho a el

(Firma)

El solicitante o su mandatario que no sabe o no puede firmar, pondrá una cruz, en presencia de dos testigos mayores de edad, que firmarán indicando después, debajo de su firma, su nombre, apellido y dirección.

El burgomaestre indicará al interesado las disposiciones del artículo 19 de la Ley de 21 de mayo de 1955.

• Cuando el solicitante desee obtener la pensión en el tanto por ciento por el artículo 8.º, párrafo 1.º, línea cuatro de la Ley de 21 de mayo de 1955, el Alcalde hará firmar dos formularios a la esposa.

ART. 48. El burgomaestre invitará al solicitante a declarar si es beneficiario de una pensión de retiro o de supervivencia o de otra cualquier ventaja que sustituya a esas pensiones en virtud de un régimen de retiro o de supervivencia establecido por una ley, un reglamento provincial de un régimen de empleados coloniales o de una legislación extranjera.

Deberá unir a la demanda todos los documentos que el interesado quiere aportar al apoyo de ésta.

ART. 49. El burgomaestre entrega al solicitante o a su mandatario un acuse de recibo que lleva la fecha en que se presentó por primera vez para entregar la solicitud y el duplicado del compromiso suscrito de acuerdo con el artículo 47 del presente Decreto.

Informará inmediatamente al Servicio de Pensiones de Vejez del recibo de la solicitud por medio de una carta-aviso, de acuerdo con el modelo fijado por el Ministro de Trabajo y de Previsión Social.

ART. 50. El burgomaestre deberá transmitir la petición al Servicio de Pensiones de Vejez dentro de los cinco días siguientes al de su recibo, así como un estado, hecho por duplicado, de acuerdo con el modelo fijado por el Ministro de Trabajo y Previsión Social; un ejemplar se le devolverá como acuse de recibo.

ART. 51. El Ministro de Trabajo y Previsión Social y los funcionarios que él delegue estarán encargados de informar sobre las solicitudes de la pensión de retiro y supervivencia.

ART. 52. El Ministro o su delegado reclamará al solicitante los datos, documentos o piezas justificativos que juzgue necesarios.

Si el solicitante no las facilita dentro de los quince días siguientes, puede informar sobre la solicitud, y la decisión se notificará al interesado.

ART. 53. Salvo impedimentos legítimos, la decisión interviene dentro de los quince días a partir del recibo del expediente.

La decisión será motivada. Se notifica inmediatamente al solicitante por carta certificada.

ART. 54. La indemnización de adaptación se solicita y concede en las formas previstas en los artículos 39 a 46 y 48, párrafo 2.º, y 49 a 53.

CAPITULO VI

JURISDICCIONES

ART. 55. Las Comisiones de apelación creadas por el artículo 67 del Decreto del Regente de 14 de septiembre de 1946 para la aplicación de las leyes relativas al Seguro de vejez y muerte prematura, coordinadas por el Decreto del Regente de 12 de septiembre de 1946, estarán encargadas de informar en las formas previstas en el Decreto del Regente de 14 de septiembre de 1946 sobre las apelaciones de las decisiones relativas a las prestaciones concedidas en virtud de la Ley de 21 de mayo de 1955.

Sus decisiones son susceptibles de recursos previstos en el Decreto del Regente antes citado.

CAPITULO VII

VIGILANCIA Y SANCIONES ADMINISTRATIVAS

ART. 56. Los patronos, las personas encargadas de la gestión diaria de una sociedad o asociación cualquiera en cualquiera de sus cualidades, así como sus sustitutos, deberán comunicar a los agentes de la Caja Nacional de Pensiones de Retiro y Supervivencia habilitados a estos fines, sobre simple requisición y sin desplazamiento, todo documento cuya tramitación está impuesta por la legislación social en vigor, y a facilitarles todos los datos útiles para llevar a cabo su misión.

Todas las administraciones públicas, así como todos los organismos encargados de la aplicación de una legislación de seguridad social, los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales deberán estar sujetos a las mismas obligaciones.

ART. 57. Los agentes de la Caja Nacional de Pensiones de Retiro y de Supervivencia deberán guardar el secreto impuesto por el artículo 76 de las leyes coordinadas relativas a los impuestos sobre las rentas.

CAPITULO VIII

DISPOSICIONES PARTICULARES A LOS TRABAJADORES NO COMPRENDIDOS
EN EL DECRETO-LEY DE 28 DE DICIEMBRE DE 1944

ART. 58. Las disposiciones del presente capítulo no serán aplicables a los patronos y trabajadores ligados por un contrato de alquiler de servicios domésticos de los cantones de Eupen, Malmédy y Saint Vith, los cuales quedan regidos por las disposiciones del Decreto-ley de 28 de diciembre de 1944 a los patronos y trabajadores ligados por un contrato de alquiler de servicios domésticos de los aludidos cantones.

ART. 59. Para la aplicación del artículo 1.º deberá ser considerada como empresa familiar la que ocupa habitualmente los miembros de la familia, bajo la autoridad del padre, de la madre o del tutor, con o sin la colaboración ocasional de un personal extraño a la familia.

Los miembros de la familia son, en este caso, considerados como trabajadores, en el sentido del artículo 1.º, si declaran unos ingresos profesionales de este jefe. La cotización será calculada sobre la cuantía de dichos ingresos, que no deberán ser inferiores a 120 francos diarios, 3.120 francos mensuales o 37.333 francos anuales.

ART. 60. La Caja Nacional de Pensiones de Retiro y Supervivencia está encargada de recoger el producto de las cotizaciones debidas por los patronos y trabajadores, comprendidos en las disposiciones presentes.

ART. 61. La cuantía de las cotizaciones de los trabajadores y del patrono se abonará a las cuatro fechas siguientes, por cada año: 31 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre.

Las cotizaciones debidas por el trimestre vencido deberán ser abonadas por el patrono lo más tarde el último día del mes que sigue a este trimestre.

Por trimestre se comprenderá el período que empieza el primer día de trabajo cubierto por la primera paga de un trimestre civil y terminando el último día de trabajo cubierto por la última de este trimestre civil.

Las cantidades debidas por los patronos serán ingresadas en la Oficina de los cheques postales por la cuenta de la Caja Nacional de las Pensiones de Retiro y Supervivencia.

ART. 62. Los trabajadores a que se refiere el presente capítulo,

víctimas de un accidente del trabajo o de una enfermedad profesional y beneficiarios por ello de una pensión, indemnización o subsidio, deberán abonar una cotización prevista por el artículo 16, párrafo 2.º de la Ley de 21 de mayo de 1955.

El deudor de la pensión, de la indemnización o del subsidio, descontará de ésta las cotizaciones debidas por el beneficiario y las ingresará en la Caja Nacional de Pensiones de Retiro y Supervivencia, de acuerdo con las disposiciones del artículo 64.

ART. 63. Las cotizaciones de los trabajadores a que se refiere el presente capítulo se abonarán por primera vez el 30 de septiembre de 1955, para el tercer trimestre del año 1955, deduciendo el importe de las cotizaciones abonadas por el mismo trimestre, en aplicación de la legislación anterior.

ART. 64. El patrono remitirá a la Caja Nacional de Pensiones de Retiro y Supervivencia, lo más tarde el último día del mes que sigue al trimestre vencido, una declaración trimestral justificativa de las cotizaciones debidas.

Las fórmulas de declaración trimestrales serán entregadas por dicha Caja.

Cada fórmula está compuesta de la fecha de pago, el nombre del trabajador, el nombre del patrono, su número de matrícula, el importe de la remuneración sobre el cual se ha hecho el descuento, así como la cuantía de este descuento; la indicación precisa del período de tiempo a la cual se refiere, y, en general, todas las demás indicaciones requeridas por la Caja Nacional de Pensiones de Retiro y Supervivencia.

El patrono conservará una copia de su declaración hasta la expiración de un año después de cesar el contrato de alquiler de trabajo.

El Ministro de Trabajo y de la Previsión Social podrá encargar a la Oficina Nacional de la Seguridad Social de proceder por cuenta de la Caja a las operaciones de percepción y devolución previstas en el presente artículo.

ART. 65. El Organismo que el Rey designe al efecto llevará para cada trabajador que se beneficie de las disposiciones del presente capítulo una cuenta individual, en la que se insertan: la cuantía de las cotizaciones, los datos relativos a las remuneraciones y a su vida de trabajo, así como el número de matrícula de o de los varios patronos que haya tenido. El trabajador recibirá anualmente un extracto de su cuenta individual.

CAPITULO IX

CONCESIÓN DEL BENEFICIO DE LA PENSIÓN DE RETIRO A LA ESPOSA
DIVORCIADA.

ART. 66. La esposa divorciada de un trabajador comprendido en la Ley de 21 de mayo de 1955 podrá aspirar al beneficio del régimen establecido por esta Ley, a menos que se encuentre comprendida en alguno de los casos a que alude el artículo 30, párrafo 2.º, y abonando mensualmente a la Caja Nacional de Pensiones de Retiro y Supervivencia una cotización, que no podrá ser inferior a 175 francos. A reserva de las disposiciones del artículo 70, esta facultad no le será concedida si no ha llegado a la edad de retiro y si no estaba comprendida, por otro concepto, a la Ley de 21 de mayo de 1955, a cualquier otro régimen de pensión, en virtud de una legislación belga, metropolitana, o colonial o extranjera.

A este efecto, avisa a la Caja Nacional de su intención de usar de la facultad prevista por el presente artículo, seis meses después de su divorcio, y le facilita los documentos justificativos que exige la Caja y que determina el Ministro de Trabajo y de la Previsión Social.

ART. 67. La facilidad que concede el artículo 66 a la esposa divorciada terminará:

- 1) al ser incluida la esposa divorciada en las disposiciones de la Ley de 21 de mayo de 1955 con otro título;
- 2) al ser incluida en un régimen de pensión en virtud de una legislación belga, metropolitana, o colonial o extranjera, a causa de su ocupación habitual;
- 3) al contraer nuevo matrimonio con persona comprendida o no en un régimen de pensión, en virtud de una legislación belga, metropolitana, colonial o extranjera.

ART. 68. La esposa divorciada que, usando de la facultad prevista en el artículo 66, tiene derecho a los sesenta años a una pensión de retiro, calculada en función de una remuneración ficticia media obtenida:

- 1) sumando la mitad de las remuneraciones íntegras, ficticias o reales, o según un tanto alzado a que tenía derecho el ex cónyuge durante los años de vida en común, y una suma cuyas cotizaciones, abonadas por aplicación del artículo 66, representa la parte proporcional fijada por el artículo 4.º, párrafo 1.º, A 1, del Decreto-ley de

28 de diciembre de 1944, modificado por la Ley de 21 de mayo de 1955, o esta misma parte proporcional, modificada en aplicación de dicha disposición ;

2) dividiendo la cantidad obtenida por el número de años de vida en común de los ex cónyuges, aumentada por el número de años en el curso de los cuales la esposa divorciada ha ingresado cotizaciones, en aplicación del artículo 66.

La pensión de retiro de la esposa divorciada representa 60 por 100 de la remuneración ficticia media, calculada de la forma prevista por el párrafo 1) del presente artículo. Será adquirida en razón de 1/40 por año de vida en común, y por años en el curso de los cuales el interesado ha abonado cotizaciones, en virtud del artículo 66.

Sin embargo, cuando la interesada ha cesado en el pago de las cotizaciones, previsto en el artículo 66, por la aplicación del artículo 67, 3), no podrá hacer valer los años de vida en común con su primer esposo, ni para el cálculo de la remuneración según un tanto alzado, ni para el cálculo de la pensión.

Los años de vida en común no se tomarán en consideración, tanto para el cálculo de la remuneración a un tanto alzado de base, como para el de la pensión :

1) cuando la esposa divorciada no ha estado comprendida dentro de un régimen de pensión, en virtud de una legislación belga, metropolitana, colonial o extranjera ;

2) cuando el ex cónyuge ha estado comprendido durante esos años en la Ley de 21 de mayo de 1955.

ART. 69. Cuando la esposa divorciada no estaba, en la fecha del divorcio, comprendida en uno de los casos a que se refiere el artículo 67, 1) y 2), pero que el acontecimiento a que aluden las disposiciones se produjo dentro de los seis meses que han seguido al divorcio, la esposa divorciada está autorizada, si formula la petición, en las formas y plazos a que se refiere el artículo 1.º, párrafo 2.º, a ingresar una cotización de 175 francos por mes entero, y 6 francos diarios para todo el período comprendido entre el día del divorcio y el de la afiliación, previsto por esas disposiciones.

Este período de cotizaciones no se tomará, sin embargo, en consideración para el cálculo de la pensión a que se refiere el artículo 68, a menos que el año en el curso del cual se sitúe no sea tomado en consideración para el cálculo de la pensión prevista por el

régimen al cual el interesado se ha encontrado comprendido este mismo año.

ART. 70. La esposa divorciada que no estaba comprendida en los casos previstos en el artículo 67, 1) y 2), en el día de su matrimonio, pero que se encontraba en la fecha del divorcio, deberá beneficiarse de las disposiciones del presente capítulo para todos los años de vida en común comprendidos entre el matrimonio y la primera afiliación posterior a él, con la condición de quedar comprendida en uno o en otro de los regímenes de pensión a que se refiere el artículo 67, durante los diez años que siguen al divorcio o hasta el día en que cumplan los sesenta años, o el en que obtiene el pago anticipado de la pensión, si éste es anterior a la expiración de este período de diez años.

ART. 71. Toda renta o pensión alimenticia pagada después del divorcio se deducirá de la pensión concedida a la esposa divorciada, en virtud del presente capítulo.

Lo mismo ocurrirá con la pensión alimenticia a que el ex cónyuge ha sido condenado a pagar, si no ha realizado ninguna diligencia para llegar al pago efectivo.

ART. 72. La esposa divorciada que ha usado de la facultad prevista en el artículo 66, podrá solicitar el beneficio anticipado de la pensión, por aplicación del artículo 8.º, párrafo 1.º, línea dos, de la Ley de 21 de mayo de 1955, en las condiciones previstas por esta disposición.

ART. 73. La esposa divorciada que ha usado de la facultad prevista en el artículo 66, deberá avisar, sin falta, a la Caja Nacional de Pensiones de Retiro y Supervivencia cuando ocurra alguno de los acontecimientos a que se refiere el artículo 67.

Si no se efectúa el aviso previsto en el párrafo 1.º, no se anotarán en la cuenta del interesado las cotizaciones ingresadas en los períodos posteriores al acontecimiento, y no se podrá obtener el reembolso de las mismas.

ART. 74. Las solicitudes para obtener la pensión de retiro y supervivencia, previstas en el presente capítulo, serán introducidas e informadas de la manera prevista en el capítulo V, sección 1.ª, del presente Decreto. Las decisiones podrán ser objeto de recursos, previstos en el capítulo VI.

Los atrasos serán abonados según las modalidades previstas en el capítulo IV.

ART. 75. El Organismo que el Rey designe al efecto llevará, para cada persona comprendida en el artículo 66, una cuenta indi-

vidual, donde se apuntan las indicaciones de la cuenta individual del ex cónyuge, y donde se indican los años de vida en común, y donde se indican también los abonos efectuados por el interesado, así como los datos relativos a las condiciones en las cuales el interesado ha sido admitido o las circunstancias en las cuales ha cesado.

El interesado recibe anualmente un extracto de su cuenta individual.

ART. 76. Las disposiciones del presente capítulo no se aplicarán cuando el divorcio ha sido pronunciado el 1 de enero de 1954.

ART. 77. El presente Decreto surtirá efecto a partir del 1 de enero de 1955.

Surtirán efectos en 1954 para todas las personas llamadas a ser beneficiadas, en el curso de dicho año 1954, de las disposiciones de la Ley de 21 de mayo de 1955.

ART. 78. Nuestro Ministro de Trabajo y de la Previsión Social está encargado de la ejecución del presente Decreto.

Dado en Bruselas el 17 de junio de 1955.—BAUDOUIN.

Por el Rey: El Ministro de Trabajo y de la Previsión Social,
León-Eli TROCLET.

IV. - LECTURA DE REVISTAS

REVISTAS IBEROAMERICANAS

DR. KAZEM DRAIBY: *De la rehabilitación profesional de los inválidos y de la prevención de la invalidez.*—PREVISIÓN SOCIAL, núm. 4.—Ciudad Trujillo, enero-febrero 1955.

A continuación reproducimos el trabajo señalado:

La situación de los inválidos constituye, en los países que participaron en la segunda guerra mundial, un verdadero problema social. No solamente la guerra ha mutilado una gran parte de los hombres que formaban los ejércitos de estos países, sino que también ha causado estragos en su población civil, compuesta de hombres y mujeres, jóvenes y adultos.

Las restricciones nutritivas y los campos de concentración, consecuencias también de la guerra, han sido luego tan desastrosos como las bombas y la metralla, dando lugar a una generación de hombres anémicos y pretuberculosos, propensos a la invalidez por afectación natural.

Si a estas calamidades se agregan los efectos de las guerras anteriores, los numerosos accidentes del trabajo propios a los países intensamente industrializados, los accidentes de derecho común y las deficiencias por disposición natural, comprenderíamos fácilmente el gran problema que confrontan los países que participaron en la guerra.

De ahí la campaña que se está llevando a cabo en estos países con fines de remediar una situación ya inevita-

ble. Se trata de adaptar y readaptar profesionalmente una enorme masa de individuos de toda clase y de toda edad, masa que constituye un problema social, económico y político, frente al cual los auxilios de previsión social son insuficientes e inoperantes. La verdadera solución parece ser curativa y consistiría en sacar a estos individuos del estado de inferioridad moral o mental, mediante una verdadera rehabilitación que les permita ganarse su propio sustento con la dignidad del trabajo.

En el cumplimiento de esta tarea, el criterio y los métodos con que cada país aborda los problemas que atañen a la rehabilitación profesional de los inválidos son muy distintos. Con el propósito de implantar un programa uniforme de rehabilitación, la O. I. T. ha emprendido una campaña internacional. Así, en la 37 reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, la cuestión de la rehabilitación profesional de los inválidos fué inscrita al orden del día para una primera discusión. Las conclusiones adoptadas en esta 37 reunión dieron lugar a un proyecto de recomendación sobre la adaptación y readaptación profesional de los inválidos, cuyo texto será sometido a la 38 reunión de la Conferencia para una segunda discusión.

Sin ningún lugar a duda, la recomendación que adoptará la Conferencia Internacional del Trabajo en su 38 reunión constituirá un programa de legislación uniforme para afrontar el

problema de la rehabilitación profesional de los inválidos. En este sentido, la referida recomendación será aprobada por la unanimidad de los países, es decir, aun por aquellos que no sufren del problema indicado y que, en vez de tomar medidas curativas, lo que deben tomar son medidas preventivas.

En la República Dominicana, por ejemplo, la situación de los inválidos, tanto en su aspecto físico como natural, es muy diferente. Ciertamente, existen inválidos en nuestro país, pero éstos son ocasionales, o, mejor dicho, accidentales. Por su número reducido, están lejos de constituir un problema nacional. De ahí que los esfuerzos de nuestro legislador se hayan dirigido sobre todo a la prevención del mal señalado, o, por lo menos, a evitar la extensión de este mal.

Para prevenir la invalidez, se han votado leyes adecuadas. Primero, el legislador ha procurado evitar los accidentes del trabajo, causa principal de la invalidez en nuestro país. En este sentido, se ha esforzado en proteger la integridad corporal de los trabajadores mediante el art. 18 de la Ley núm. 385, sobre accidentes del trabajo. Completando este artículo, la Secretaría de Estado de Trabajo impuso, en fecha 20 de diciembre de 1932, un catálogo de mecanismo destinado a impedir los accidentes del trabajo, catálogo que hace obligatorio el uso de determinados aparatos, instrumentos, maquinarias y andamios, etcétera, necesarios en las diferentes ramas de la actividad económica y laboral del país para la seguridad del trabajador.

Siempre persiguiendo la prevención de la incapacidad parcial o completa de los trabajadores, la ley sobre accidentes del trabajo, señalada más arriba, dispone que, cuando el accidente ocurriese por falta inexcusable del tra-

bajador, el organismo correspondiente puede acordar una disminución de las indemnizaciones de hasta un 50 por 100. Asimismo, durante el periodo de inhabilitación, el obrero lesionado deberá dejarse examinar por los médicos que designe el Departamento de Accidentes del Trabajo de la Caja Dominicana de Seguros Sociales. La negativa u oposición de parte del obrero, a someterse a dicho examen médico o tratamiento facultativo, o a hospitalización si así lo estimara necesario el asegurador, lo priva de todo derecho a reclamar, amigable o jurídicamente, cualquier indemnización de acuerdo con la ley. En fin, si la lesión es causada por la voluntad o la embriaguez del obrero, éste no tendrá del todo derecho a indemnización.

La Ley núm. 1.896, sobre seguros sociales, también persigue la misma finalidad preventiva con miras a evitar la invalidez. Dispone el artículo 61 de la referida Ley que el seguro de invalidez, coordinado con el seguro de enfermedad, puede prorrogar la atribución de las prestaciones garantizadas en caso de enfermedad, para evitar la incapacidad o para aminorar sus consecuencias. Su artículo 62 permite la suspensión del pago de la pensión tanto tiempo como el asegurado rehusa o abandone el tratamiento ordenado con fines de rehabilitación.

De una manera general, la finalidad de los Seguros sociales en la República Dominicana no es solamente proporcionar a los asegurados una indemnización por causa de accidentes, enfermedad, invalidez o vejez, etc. Su finalidad esencial es prevenir los accidentes y las incapacidades, sobre todo, permanentes y absolutas, mediante el uso de todos los recursos que dispone nuestro sistema de Seguridad Social.

Por estas razones, la pensión de invalidez se considera siempre en nues-

tro país como provisional (art. 63, Ley 1.896) y cancelable si, mediante los tratamientos atribuidos, el asegurado recupera su capacidad de ganancia.

El deseo de prevenir la invalidez es tan arraigado en la mente de nuestro legislador, que hasta en el Reglamento para la aplicación del Código Trujillo de Trabajo se prevé que «la negativa del trabajador a observar las medidas preventivas e higiénicas exigidas por la Ley, las dictadas por las autoridades competentes y las que indique el patrono, para seguridad y protección personal de ellos o de sus compañeros de labores o de los lugares donde trabajan, pueden considerarse como falta grave a las obligaciones del contrato» y motivar un despido justificado.

El empeño de nuestro legislador en dictar estas medidas preventivas de la invalidez no significa que se haya desinteresado en remediar la suerte de los inválidos existentes. Ello sólo significa que la solución del problema que plantean los inválidos varía según los países. Hay países donde las medidas a tomar deben ser esencialmente curativas, ya que el mal existente es agudo y no se puede tratar de evitarlo. Hay otros países donde las medidas deben ser, al contrario, esencialmente preventivas, para evitar un mal que todavía es posible prevenir.

La República Dominicana es, precisamente, uno de estos últimos países. Si en nuestro país la situación de los inválidos está lejos de constituir un problema, ello no es solamente debido a la ausencia de guerras civiles, o internacionales, sino también, y sobre todo, a las sabias previsiones del legislador dominicano, cuyo mentor indiscutible es el Generalísimo Trujillo, tan justamente llamado el Benefactor de la Patria.

AQUINALDO MIRANDA SIMOES: *Asistencia y Previsión Social de los Abogados*.—ARQUIVOS DO INSTITUTO DE DIREITO SOCIAL.—São Paulo (Brasil), diciembre 1954.

A continuación transcribimos, por considerarlo de interés, el artículo publicado por el Dr. Aquinaldo Miranda, sobre «Asistencia y Previsión Social de los Abogados»:

El abogado, como todo hombre, cualquiera que sea su profesión o actividad, está sujeto a las vicisitudes de la vida. Los riesgos de la adversidad le acompañan, como a todo ser humano, en su existencia, amenazando su capacidad laboral, los recursos de manutención y la propia vida. Esos riesgos determinan generalmente un estado de privación de los medios de atender a las necesidades propias y familiares, reduciéndole a una condición moral y material lamentable. Estas situaciones son cada día más frecuentes y las dificultades actuales de la vida ya no pueden ser resueltas satisfactoriamente solamente por la iniciativa privada. De ahí que en la actualidad la asistencia y la previsión social constituyan parte integrante de la política social de los pueblos civilizados.

Es necesario, pues, invocar la importancia de las actividades profesionales del abogado en el apartado judicial del Estado y, sobre todo, en los asuntos sociales, económicos y políticos de los países, para justificar esta solicitud de protección.

Los profesionales de las demás ramas del saber humano, ya sean liberales o no, pueden demostrar que sus actividades son también valiosas a la colectividad y dignas de semejante protección, pues la asistencia y la previsión social no constituyen prerrogativas profesionales, y sí justicia, que se debe a todos los miembros de la

sociedad. Es, ante todo, un derecho a la vida en condiciones normales de conservación y perfeccionamiento. Así, pues, el socorro, el auxilio o el amparo que precisan los abogados, no difieren esencialmente de los que se deben a los demás, las personas necesitadas.

Técnicamente, se puede solucionar el problema de las necesidades esenciales del hombre alcanzado por la adversidad, de dos formas distintas: a) por la asistencia social, y b) por la previsión social; sin por eso olvidar la grandiosa obra de la Seguridad Social.

En lo que atañe particularmente a los abogados, base de este artículo, pienso que, además de la asistencia social general, los abogados deben disfrutar de una organización suya financiada y administrada por los propios interesados, sin la interferencia del Estado, lo que no excluye la conveniencia de conseguir de éste subsidios similares a los que concede a otras entidades parecidas. La iniciativa privada es la más indicada para los casos de asistencia social de los grupos profesionales.

En lo que se refiere a la previsión social para abogados, solamente entiendo que ésta nunca podrá ser lo suficientemente sólida y eficaz, por grande que sea el número de aquéllos, sin la participación económica del Estado. Este problema asume así proporciones de orden general, tal como se dan en el seguro social obligatorio en el mundo moderno.

De acuerdo con lo expuesto, la previsión social para abogados, al exceder los límites de un simple plano de socorro mutuo, será eficiente solamente en el caso que quede encuadrada dentro de los sistemas generales del seguro social obligatorio de cada país y de acuerdo con la capacidad econó-

mica de los mismos. Esta es, a mi juicio, la solución doctrinaria y técnicamente más perfecta del problema.

En general, los abogados, principalmente en el Brasil, oponen una seria resistencia a la solución del problema a través de los organismos públicos del Seguro Social Obligatorio. Esta aversión tiene como fundamento numerosos fallos de organización de las instituciones oficiales que, con la ayuda de los propios abogados, podrían ser fácilmente subsanados.

En casi todos los países se observa que la antigua práctica de crear organismos propios dentro del seguro social va siendo progresivamente abandonada, siendo sustituida por la del sistema general para varios grupos profesionales, de acuerdo con lo expuesto por el Secretario General de la Comisión Interamericana de Seguridad Social en la Segunda Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

La razón principal de esta nueva orientación se apoya en la ley de los grandes números que sirve de base al cálculo de probabilidades y a la reducción y compensación de riesgos, exigiendo asimismo cotizaciones inferiores a cada asegurado.

Resumiendo, las conclusiones a que he llegado son las siguientes:

a) La asistencia social de los abogados debe ser llevada a cabo preferentemente por una organización propia, costeada y administrada por los propios interesados, sin interferencia alguna por parte del Estado.

b) La previsión social para abogados, destinada a cubrir los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez, muerte y demás riesgos similares, debe de hacerse de preferencia a través del sistema del seguro social obligatorio de cada país y de acuerdo con los respectivos recursos económicos.

MANUEL NOFUENTES G. MONTORO: *El Seguro Escolar y su prestación por accidente escolar*.—REVISTA GENERAL DE LEGISLACIÓN Y JURISPRUDENCIA.—Madrid, junio 1955.

Por tratarse de un estudio verdaderamente interesante el que hace el señor Nofuentes sobre el accidente escolar, materia de reciente incorporación al Derecho social español, a continuación transcribimos íntegro su contenido:

I. GENERALIDADES

RIESGO DE ACCIDENTE.—FUNDAMENTOS

1. *El accidente escolar. Fundamentos y naturaleza*.—«Como profesional—dice el señor Jordana de Pozas—, el estudiante va y viene a su trabajo, maneja sustancias tóxicas y mecanismos, se expone a contagio en hospitales y consultas, practica obligatoriamente ejercicios físicos y deportes, y, por tanto, sufre también accidentes que pueden calificarse de profesionales». Claramente se aprecia la existencia del riesgo como consecuencia de la actividad escolar y, por tanto, la necesidad de un Seguro que le proteja.

El fundamento de la responsabilidad que para el Seguro nace, podemos encontrarlo claramente en la teoría del deber de asistencia social. El estudiante, con su labor, realiza una actividad que interesa a la sociedad, especialmente con vistas al futuro, ya que, una vez graduado, ha de integrar los cuadros profesionales del país. El Estado debe, por tanto, tomar sobre sí la tutela del estudiante, no sólo en razón de una posible deficiente situación económica, sino como justo reconocimiento al servicio nacional que, estudiando y preparándose para el futuro, realiza. De esta forma se nos presenta el Seguro Escolar—en su

prestación por accidente—como verdadero seguro social.

Creemos encontrar un firme apoyo de nuestro criterio en el Estatuto del Estudiante—aprobado por Decreto de 11 de agosto de 1953—, que en su declaración segunda establece que «el estudio, en cuanto manifestación de la vida del espíritu, merece la máxima consideración social». Asimismo, la tercera declaración establece que «el estudio es título suficiente para exigir la tutela y asistencia social».

CONCEPTO

1. *Antecedentes doctrinales y en la legislación de accidentes de trabajo*.—Cabe distinguir, tanto en el orden doctrinal como positivo, diferentes tendencias, con las que se ha pretendido fijar la noción exacta del concepto de accidente del trabajo. Entre las principales—siguiendo a Pérez Leñero—, podemos señalar las siguientes:

a) Criterio de acción.

b) Criterio de la convergencia de determinadas condiciones de tiempo o lugar, coincidente con el trabajo verificado en las horas dedicadas al mismo. Este criterio de aplicación general es insuficiente para determinados casos, tales como intoxicación lenta de gases, insolación, etc., y dificultan su determinación.

c) Criterio de causalidad entre la lesión funcional u orgánica como efecto y consecuencia directa del trabajo prestado.

El último criterio es el que ha servido de base para construir la doctrina legal española sobre la materia. Así, puede definirse el accidente de trabajo como «toda lesión corporal que el operario sufre con ocasión y por consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena».

Este concepto se completa con la

excepción del artículo 6.º de la Ley de Accidentes del Trabajo, que dice: «A menos que el accidente sea debido a fuerza mayor extraña al trabajo en que se produzca».

2. *El accidente escolar.*—Siguiendo igualmente el criterio de causalidad, la Ley del Seguro Escolar establece en su artículo 5.º que «se considerará como accidente toda lesión corporal que sea víctima al estudiante con ocasión de actividades, directa o indirectamente relacionadas con su condición de tal, incluso las deportivas, asambleas, viajes de estudios, de prácticas o de fin de carrera y otras similares, siempre que estas actividades hayan sido realizadas o autorizadas por los Centros de Enseñanza o por el Sindicato Español Universitario, o, en su caso, por el Frente de Juventudes o la Sección Femenina. Este concepto queda completamente en el artículo 12 de los Estatutos de la Mutualidad, en el que, respecto al Seguro se declara: «queda exento de responsabilidad por accidente cuando éste sea debido a fuerza mayor extraña a la actividad escolar». Vemos que para la fijación del concepto, y respondiendo a los antecedentes del accidente del trabajo, se ha prescindido en absoluto de los elementos de violencia y de imprevisión.

ELEMENTOS

1. Del estudio de la definición del accidente escolar puede advertirse la existencia de elementos diversos. Podemos distinguir una circunstancia de efecto—lesión—, un nexo casual con ocasión de actividades directa o indirectamente relacionadas con la condición de estudiante y un requisito formal, que estas actividades hayan sido organizadas o autorizadas por las Instituciones que se señalan. No podemos dejar de considerar también la excepción de fuerza mayor.

Estudiamos cada uno de estos elementos buscando, a la vista de los antecedentes legales y jurisprudenciales que nos ofrece la legislación de Accidentes del Trabajo, una orientación a la interpretación, señalando directrices que pudieran servir de base a una más completa y acertada redacción de las normas vigentes.

a) *Lesión corporal.*—En sentido estricto, lesión es sinónimo de herida. Vemos, pues, que en esta acepción la palabra no reviste toda la extensión que el accidente debiera tener. Hubiera sido mejor referirse a toda lesión orgánica o funcional.

Nuestro Tribunal Supremo ha admitido la amplitud que pide la realidad y la doctrina y, a tal fin, considera primeramente como accidente «todos los daños corporales» (Sentencia de 2 de diciembre de 1929), o «cuantos detrimentos corporales (Sentencia de 29 de noviembre de 1941) sufra el trabajador con ocasión o por consecuencia del trabajo». Pero en otra sentencia amplía más el concepto (Sentencia de 6 de octubre de 1928), afirmando que «debe entenderse por accidente no solamente la lesión corporal o propiamente material, sino también la enfermedad o trastorno en la salud que sufra el operario, ya sea con ocasión de su trabajo, etc.

Como observa Hernáinz Márquez, «algo que hubiese mejorado con la expresión doble de comprender las lesiones orgánicas y las funcionales. Pero no se puede negar que también supone un considerable principio de restricción el empleo de la misma palabra, lesión». El concepto de accidente deberá, pues, más bien estar determinado por la existencia de un daño que por el hecho de producirse una lesión. Como dice el citado tratadista, hubiera sido más acertado tener en cuenta la imposibilidad en que el accidentado se encontraba «de desarrollar su nor-

mal capacidad de trabajo producida por causa íntimamente relacionada con el mismo». En el supuesto de Accidente Escolar, habrá de referirse, más que a la incapacidad de trabajo—en este caso incapacidad de estudios, la que poquísimas veces se produce en modo absoluto—, a la que resulta para la aplicación o ejercicio profesional de los títulos obtenidos o que se hubiesen logrado con el estudio.

b) *Actividades directa o indirectamente relacionadas con su condición de estudiante.*—Podemos distinguir los siguientes aspectos:

Nexo casual.—La importancia del nexo casual en el marco del accidente de trabajo ha sido claramente recogida por nuestro Tribunal Supremo en muy reiterada jurisprudencia. Insiste muy particularmente una (Sentencia de 20 de junio de 1940), que habla «de la relación de causa a efecto que la constante jurisprudencia de esta Sala considera necesaria para la existencia del accidente indemnizable», y otra (Sentencia de 13 de mayo de 1941), que afirma que el concepto de accidente «presupone inexcusablemente relación de causalidad entre lesión y trabajo».

La Ley y los Estatutos de la Mutua- lidad, al definir el accidente escolar, se refieren—como antes hemos visto— a su producción con «ocasión de actividades directa o indirectamente relacionadas con la condición de estudiante». Aquí no se habla—como en la definición de accidente de trabajo—de «con ocasión o consecuencia del trabajo». En el accidente escolar no puede admitirse, por tanto, la extensión del concepto de causalidad a todos aquellos resultados que, aunque relacionados con la actividad escolar, no tengan con ella un nexo tan visible e inmediato.

Por otra parte, la rigidez se acentúa un tanto al mencionarse activida-

des «directa o indirectamente» relacionadas con la actividad de estudiante, ya que, juntamente a la actividad puramente escolar, incluye «las deportivas, asambleas, viajes de estudio, de prácticas o fin de carrera y otras similares».

El concepto es amplio, si bien, con un criterio limitativo, se exige el requisito formal de que hablaremos a continuación.

Requisitos formales.—Viene constituido este elemento por la exigencia del artículo 11, antes citado, de que las actividades a que se hace referencia en el párrafo anterior «hayan sido organizadas o autorizadas por los Centros de Enseñanza o por el Sindicato Español Universitario, o, en su caso, por el Frente de Juventudes o la Sección Femenina».

2. *La excepción de fuerza mayor.*—Hemos complementado antes el concepto de accidente escolar del artículo 11 con el párrafo primero del artículo 12 de los Estatutos de la Mutua- lidad, en el que se establece la ausencia de responsabilidad del Seguro «cuando aquél sea debido a fuerza mayor extraña a la actividad escolar». El párrafo siguiente del mismo artículo considera que «deberá entenderse fuerza mayor extraña cuando sea de tal naturaleza que ninguna relación guarde con la actividad citada». Vemos, pues, que aquí existe un accidente, pero de él no surge responsabilidad alguna para el Seguro, y ello por la concurrencia de lo que pudiéramos llamar—en el plano del Derecho penal—excusas absolutorias.

Pero no debe entenderse en su más amplio sentido. Cuando la fuerza mayor pueda darse con relativa normalidad en el ejercicio de la actividad escolar, entendemos ha de considerarse como accidente de este tipo, y, por ende, da lugar a responsabilidad del Seguro. Habrá, pues, que tener en

cuenta la clase de actividad escolar en que se ocupe el estudiante. Es el caso—en el accidente laboral—de las riadas, precisamente en los trabajos fluviales, del rayo en las faenas agrícolas, y que determinan la excepción del artículo 6.º del Reglamento de Accidentes del Trabajo en la Industria.

Hagamos resaltar aquí la distinción laboral entre fuerza mayor y caso fortuito. Aplicada al concepto de accidente escolar, estimamos comprende éste el supuesto de caso fortuito, ya que, en la mayoría de los casos, constituye su esencia. Se excluye del accidente la fuerza mayor, en sentido estricto, como fenómeno generalmente natural, y, de ordinario, ajeno a la actividad escolar, si bien debe admitirse la limitación que anteriormente se señalaba.

II. CAMPO DE APLICACION

AMBITO

1. Podemos distinguir un ámbito personal, un ámbito material—referido al contenido de la prestación por accidente escolar—y un ámbito territorial. Como ya dijimos, en este último aspecto, el Seguro extiende su acción a todo el territorio nacional, por aplicación del principio común a las normas jurídicas. Confirma este criterio el artículo 81 de los Estatutos de la Mutualidad, estableciendo la jurisdicción de ésta como órgano de ejecución del Seguro a todo el territorio nacional y plazas de soberanía del Norte de Africa.

Dejando para estudio posterior el contenido específico de la prestación—a que hace referencia el ámbito material—, nos circunscribimos, de momento, al ámbito personal, al que se refiere, en concreto, el campo de aplicación.

Ante todo hemos de dejar sentado que, a diferencia del Seguro de Acci-

dentes del Trabajo, en donde puede advertirse una clara pluralidad—sujeto, empresario, trabajador, entidad aseguradora, etc.—, en el Seguro Escolar queda reducido a dos personalidades—la institución aseguradora y el estudiante beneficiario—que, en orden al mismo, mantienen un interés que, sin estimarlo totalmente opuesto, no se puede negar es claramente distinto. A ello queda reducida la mecánica de la responsabilidad objetiva del accidente escolar atribuida al Seguro, como representante del Estado, más exactamente de la sociedad, principal beneficiada por el esfuerzo del estudiante.

A SEGURADOS

1. Como ya indicamos, podemos distinguir dos tipos de asegurados: asegurados obligatorios y asegurados condicionales. Como asegurados obligatorios, tenemos—según los artículos 2.º y 3.º de la ley—a todos los estudiantes españoles que tengan menos de veintiocho años.

A este propósito hemos de consignar aquí la definición del Estatuto del Estudiante—aprobado por Decreto de 11 de agosto de 1953—: «el estudiante es un miembro de la comunidad nacional, a quien corresponde participar en los afanes colectivos», mediante el ejercicio de sus facultades intelectuales, en la modalidad típica del estudio, según su personal vocación y en orden a alcanzar una preparación profesional que pueda proporcionarle una vida digna y de servicio al resto de los españoles.

Desarrollándose el Seguro en etapas sucesivas, en la primera fase que se inicia con la ley, vendrán sólo obligados a asegurarse los estudiantes de la Enseñanza Universitaria y de Escuelas Técnicas Superiores.

En cuanto a los asegurados condicionales, hace referencia a éstos el pá-

rrafo 3.º del artículo 2.º de la ley, entendiéndose como tales a los estudiantes hispanoamericanos, portugueses, filipinos y de los restantes países, pero siempre que se den estos dos requisitos:

a) Que existan Tratados o Convenios sobre el particular o una reciprocidad pactada o expresamente reconocida.

b) Que el Gobierno, mediante Decreto, acuerde extender el Seguro a esta clase de estudiantes. Tratándose de prestación por accidente escolar, parece no habrá dificultad en la aplicación práctica de sus beneficios en cuanto a los estudiantes extranjeros.

BENEFICIARIOS

1. *Clase de beneficiarios.*—Establece el artículo 13 de los Estatutos de la Mutualidad, que «el estudiante que sea víctima de un accidente tendrá derecho a la asistencia médica y farmacéutica y a la indemnización que estos Estatutos determinan para este caso, en su forma y cuantía, según la clase de incapacidad que el accidente produzca. En caso de fallecimiento del estudiante, la indemnización a sus derechohabientes en la cuantía que se indica en los presentes Estatutos».

Si ponemos en relación este artículo con el 11, que define el concepto de accidente, y con el 2.º y 3.º de los mismos Estatutos, vemos, pues, que para tener derecho a la prestación por accidente, es necesario reunir los siguientes requisitos:

- a) Ser estudiante.
- b) No tener más de veintiocho años.
- c) Haberse producido una situación legal de accidente escolar.

Puede darse el caso—en el supuesto de fallecimiento del estudiante por accidente escolar—de que se constituyan en beneficiarios de la prestación

—en este caso la indemnización prevista en los artículos 13 y 24 de los Estatutos de la Mutualidad—los derechohabientes del estudiante fallecido.

Por otra parte, hemos de consignar aquí que, a diferencia de la prestación por enfermedad del Seguro Escolar, estimamos no podrá darse la circunstancia de incompatibilidad establecida en el artículo 9.º de los Estatutos de la Mutualidad, que hace referencia a aquellos estudiantes que tengan, además, la condición de trabajadores y se hallen, por tanto, sujetos al régimen general de Seguridad Social.

III. INCAPACIDADES

1. *Orientación general en la legislación del accidente del trabajo.*—La incapacidad supone una realidad permanente de disminución anatómico-funcional del trabajador. En esta definición de Hernáinz Márquez destacan dos elementos:

- a) Alteración de la normalidad anatómica.
- b) Limitación en sus posibilidades funcionales para el trabajo.

Ambos elementos se presentan como integrantes del concepto de incapacidad laboral. Así, tenemos la jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencia de 14 de abril de 1944), que los considera como «a modo de premisas que inseparablemente han de actuar siempre». Sin duda tiene mayor trascendencia el segundo que el primero. La exaltación de lo funcional queda recogido en la sentencia de 31 de octubre de 1940, en la que se afirma que «las incapacidades permanentes advienen no por las meras pérdidas anatómicas, sino por la influencia que ellas tengan en las facultades laborales» de quien las sufre. En este aspecto hemos de precisar que la limitación tiene que

ser auténtica, real, cuando su origen no sea simplemente mecánico, sino psicológico. El miedo no constituye incapacidad (Sentencia de 22 de junio de 1942). Queda un último aspecto—que no tiene relevancia en orden al accidente escolar—, que es el relativo a la retribución que se percibe después de ocurrido el accidente. El Tribunal Supremo se muestra vacilante. Conforme con la orientación doctrinal más extendida en la Sentencia de 3 de abril de 1942, se establece, con referencia a la incapacidad—en este caso parcial permanente—, que «no obsta a tal calificación el que el patrono no diere al obrero igual jornal que el que cobraba con anterioridad a la producción del accidente».

Por otra parte, tratándose de clasificación de incapacidades, consignamos aquí—ya que coincide con el criterio de nuestra legislación de accidentes del trabajo—la clasificación de tipo mixto que sigue:

a) *Temporal*.—De duración más o menos extensa, pero limitada.

b) *Permanente parcial*.—La que, teniendo carácter inalterable y perpetuo, sólo priva de manera restringible del normal ejercicio de las funciones laborales habituales.

c) *Permanente y total para la profesión habitual*.—La que, teniendo la nota primera de la anterior, priva de una manera completa del normal ejercicio de las funciones laborales habituales.

d) *Permanente y absoluta para todo trabajo*.—Esta presenta, además de la aludida nota primera, la de suponer privación completa de capacidad para el trabajo.

e) *Gran invalidez*.—La situación anterior cuando necesita la asistencia constante de otra persona para desenvolverse en la vida.

Como veremos más adelante, el accidente amparado por la Ley del Seguro Escolar sólo recoge los supuestos de incapacidad temporal, permanente y absoluta para estudios y la gran invalidez.

INCAPACIDAD TEMPORAL

1. *Características especiales en el Seguro Escolar*.—El artículo 16 de los Estatutos de la Mutualidad—siguiendo la orientación de la legislación de accidentes de trabajo—declara «se considerará incapacidad temporal toda lesión que esté curada dentro del término de un año, quedando el estudiante perfectamente capacitado para continuar sus estudios».

Si ponemos este artículo en relación con el 19, en el que se sienta el principio de que este tipo de incapacidad no da lugar a indemnización económica alguna, tenemos que, en el campo del Seguro Escolar, no podrá nunca plantearse la interesante cuestión que a veces la realidad ofrece en accidentes del trabajo. El concepto reparador del accidente responde a dos finalidades: una, el restablecimiento de la normalidad fisiológica; otra, la compensación económica correspondiente a la pérdida sufrida por no poder trabajar. En el accidente laboral puede presentarse el caso de que esta pérdida de capacidad no aparezca y, naturalmente, la prestación por el Seguro queda reducida a satisfacer la primera finalidad.

Se puede precisar el término de curada, interpretándolo a la vista de lo sentado por la jurisprudencia, respecto al accidente laboral, en el sentido de alta dada por el facultativo, no siendo suficiente la cicatrización de la lesión sufrida.

2. *Transformación de la incapacidad temporal en permanente*.—En el accidente escolar puede plantearse aná-

loga situación a la del accidente de trabajo, cuando constituya una incapacidad temporal cuyo periodo de duración se prolongue más allá del término de un año, a contar de la baja. Sin embargo, este supuesto no está recogido ni en la ley ni en los Estatutos de la Mutualidad, por lo que habrá de llenarse laguna tan importante con norma adecuada, manteniendo criterio análogo de la legislación de accidente de trabajo. En ellos queda sentado que «si transcurrido un año no hubiese cesado aún la incapacidad, la indemnización se regirá por las disposiciones relativas a la incapacidad permanente», añadiéndose «sin perjuicio del resultado de la revisión que procediere».

De aceptarse esta solución—teniendo en cuenta que el artículo 15 de los Estatutos de la Mutualidad no admiten más incapacidad que la permanente y absoluta para estudios—, no se plantearía aquí la interesante y difícil cuestión que, en el accidente del trabajo, surge a cuál de los tres tipos de incapacidad permanente en él admitida se ha de atender, puesto que sus consecuencias son bien distintas: problema que ha dado lugar a interesantes Sentencias, la última de las cuales, de 3 de julio de 1945, siguiendo un criterio que parece definitivo, afirma que «ha de regirse por las normas de la permanente a falta de datos suficientes para calificar aquélla. Ha de entenderse como parcial cuando, como en el caso de este litigio sucede, la lesión presente caracteres que inducen a presumir que la incapacidad resultante no ha de ser total en cualquiera de sus variedades». La cuestión no tiene interés para el accidente escolar, en tanto no se ampliará la clasificación de incapacidades recogidas en el artículo 15 de los Estatutos de la Mutualidad.

INCAPACIDAD PERMANENTE

1. *Orientación general en el Seguro Escolar.*—Presenta este tipo de incapacidades en la doctrina general dos notas de singular relieve. Una, el ser inalterable e irreparable; la otra—como consecuencia del predominio de lo funcional sobre lo anatómico—, la nota teórica de profesionalidad. Respecto a esta última, García Ormaechea, citado por Hernáinz Márquez, insiste que «toda incapacidad permanente—parcial o total—es profesional y no puede ser calificada sin considerar la profesión del lesionado». Estimamos qué estados de características son válidas en el concepto de accidente escolar.

Ambas quedan recogidas en el concepto de accidente escolar. La nota primera se encuentra implícita en la frase del artículo 17 de los Estatutos de la Mutualidad: «toda lesión que, después de curada, deje una inutilidad absoluta». En cuanto a la nota de profesionalidad, se advierte—si bien con criterios distintos—en este mismo artículo al hablar de «en orden a los estudios a que se dedicara el escolar», y en el 20 al señalar como una de las bases de proporcionalidad de la indemnización «la disminución de su capacidad ulterior para una actividad profesional». Pero hay que tener en cuenta que en cada artículo se habla de una «profesionalidad» distinta. En el 17, de la de estudiante; en el 20 se hace referencia a la incapacidad que resulte para la aplicación o ejercicio profesional de los títulos que hubieran podido obtenerse con los estudios ya iniciados. Creemos firmemente que la nota de profesionalidad hay que referirla a esta última acepción. La primera, si fuera objeto de una interpretación restrictiva—como dice el señor Jordana de Pozas—, haría casi ilusorio el Seguro, puesto que ni siquiera

ra la ceguera de ambos ojos es motivo que hoy impide en absoluto los estudios, siendo muchos los que, ciegos, han alcanzado incluso fama mundial en diversas ciencias y actividades.

Por otra parte, el admitir esta acepción de la profesionalidad—la única verdaderamente constructiva, insistimos—lleva a la conclusión que podría haberse admitido en el accidente escolar, junto a la incapacidad permanente absoluta del artículo 20, otra incapacidad permanente total. No hay más que tener en cuenta que un estudiante puede perder por accidente escolar la visión del ojo y quedar incapaz para la profesión de pintor—cuyos estudios cursara—, no siéndolo, sin embargo, para otras profesiones.

2. *Concepto.*—La define el artículo 17 de los Estatutos de la Mutualidad, estableciendo que «considerará incapacidad permanente y absoluta para los estudios ya iniciados, toda lesión que, después de curada, deje una inutilidad absoluta, en orden a los estudios a que se dedicara el escolar al sufrir el accidente». La frase cultura de la definición hace resaltar la nota de profesionalidad, que habrá de referirla, como decíamos—de aquí la necesidad de nueva redacción del artículo—, no a la profesión de estudiante, sino, poniendo en relación el artículo 17 con el 20, a la actividad profesional para que habiliten tales estudios. De esta forma, queda la incapacidad permanente por accidente escolar dentro de la acertada línea marcada por el accidente laboral. Masso hace resaltar «el avance jurídico y social introducido en la legislación española de accidentes de trabajo, de valorización de las incapacidades en relación con la profesión del accidentado».

Por las razones antes expresadas en el apartado primero, debiera también modificarse el artículo 15 de los Es-

tatutos de la Mutualidad, introduciendo al lado de la incapacidad permanente y absoluta un nuevo tipo de incapacidad: la permanente y total para los estudios ya iniciados.

3. *Caracteres de la incapacidad del artículo 17.*—De lo antes expresado pueden concretarse las características del único tipo de incapacidad permanente recogido actualmente en los Estatutos de la Mutualidad. Son éstas:

- a) Ser inalterable e irreparable.
- b) Su valorización fundamental en relación con la aplicación o ejercicio profesional a que habilitaran los títulos que hubiera podido obtener con los estudios a que se dedicara el escolar al sufrir el accidente.
- c) La ausencia de toda especificación concreta de tipos. No cabe admitir obligatoriamente—«en todo caso», dice la legislación laboral española— ciertas lesiones, como las recogidas en nuestra legislación de accidentes de trabajo.

Cualquiera de este tipo de lesiones—y otras análogas, desde luego (Sentencia de 3 de noviembre de 1943)—podrá constituir la incapacidad permanente por accidente escolar sólo en el caso de servir de soporte de la nota b) anterior.

GRAN INVALIDEZ

1. Nos encontramos ante la situación que doctrinalmente se conoce con el nombre de superinvalides o invalidez agravada. Nuestra legislación de accidentes del trabajo la recoge con una forma agravada de incapacidad, otorgando un suplemento de indemnización. Los Estatutos de la Mutualidad tratan especialmente de ella en el artículo 18, dando su auténtico carácter de un tipo más de incapacidad. Así, dice: «Se entenderá como inválido la víctima de un accidente, segui-

do de incapacidad permanente absoluta y que, además, quede incapacitado para los actos más necesarios de la vida».

Si atendemos a la jurisprudencia del Tribunal Supremo—referida, desde luego, al campo laboral—, podría determinarse la esencia y reconstruirse los requisitos que fueran exigibles para producir la situación de gran invalidez, recogida en los Estatutos de la Mutualidad. Son estos requisitos:

a) La situación se refiere a la pérdida anatómica o funcional de las dos extremidades superiores o casos análogos (Sentencia de 10 de abril de 1943).

b) No basta probar que se esté incapacitado en la medida y con el carácter precisado antes en la incapacidad permanente y absoluta, sino también en la imposibilidad de realizar por sí los actos más necesarios de la vida, tales como comer, vestirse, etcétera (Sentencias de 10 de abril de 1943 y 23 de enero de 1941).

c) Que es necesario—a los fines antes indicados—la asistencia constante de otra persona.

d) Que la situación sea tal que pueda considerarse aun con un reconocimiento restrictivo del derecho (Sentencia de 10 de abril de 1943).

Como dice Hernáinz Márquez, «la armónica conjunción de estos elementos, bien claramente dice que el concepto jurídico de gran invalidez en el tipo señalado o en sus análogos, nace de la ineptitud para entenderse personalmente, o en cuanto el paciente precise para realizar los actos más necesarios de la vida y de una manera constante del amparo ajeno».

IV. PRESTACIONES

CLASE DE PRESTACIONES

1. En todo accidente, ya sea ocasionado por actividad laboral o esco-

lar, debe evitarse, ante todo, su aparición, con medidas preventivas, y cuando esto no sea posible, atender a sus consecuencias mediante medidas de carácter reparador.

En este último supuesto, si resulta incapacidad, es necesario atender a la alteración de la salud en todo caso, a veces a la pérdida de ingresos económicos, y en el de accidente escolar a la indemnización correspondiente. Si sobreviniese la muerte, habrá que cuidar de las personas que dependieran del accidentado en el trabajo, o indemnizar a los derechohabientes del estudiante, y, en todo caso, atender a los gastos de sepelio.

Podemos, pues, atendiendo a lo expuesto y a lo establecido en la Sección 2.ª del Título II de los Estatutos de la Mutualidad, distinguir las siguientes medidas o prestaciones:

- a) Preventivas.
- b) Sanitarias.
- c) Económicas.

CONTENIDO DE LAS PRESTACIONES

1. Respecto a las medidas preventivas, ni la Ley ni los Estatutos de la Mutualidad recogen precepto alguno. Indudablemente, ello constituye una omisión que será necesario subsanar. No hay más que tener en cuenta la importancia intrínseca de la cuestión y el ejemplo que nos ofrece—en el campo laboral—la prevención de accidentes, materia que, saliéndose de la reglamentación propia de los mismos, enlaza con otras actividades humanas—higiene, medicina, ingeniería, etcétera—, llegando a adquirir una cierta autonomía y dando lugar a una legislación peculiar, tal como la Orden de 31 de enero de 1940, aprobando el Reglamento de Seguridad e Higiene en el Trabajo, y el Decreto de 7 de

julio de 1944, dando vida al Instituto de Medicina, Higiene y Seguridad en el Trabajo.

2. La asistencia médico-farmacéutica—llamada por Bartolotto «prestación en naturaleza»—tiene un carácter eminentemente reparador, tratando de hacer desaparecer, hasta donde sea posible, aquellas perturbaciones en la integridad fisiológica y funcional del accidentado, aparecidas como consecuencias dañinas del accidente. Esta prestación—a que hacen referencia los artículos 19 a 21 de los Estatutos de la Mutualidad—comprende, a tenor de lo establecido en los artículos 23, 25 y 26:

- a) Los auxilios sanitarios inmediatos al accidente.
- b) La asistencia médica.
- c) La asistencia farmacéutica.
- d) En caso necesario, la permanencia en clínicas o sanatorios, siendo a cargo del Seguro la alimentación, medicinas, honorarios de asistencia facultativa y demás gastos que se originen como consecuencia del accidente.
- e) Suministrar y renovar normalmente los aparatos de prótesis y ortopédicos que se consideren necesarios para la asistencia.

Ni la Ley ni los Estatutos de la Mutualidad establecen un precepto general análogo al de la legislación de accidentes de trabajo, en la que queda sentado como principio que la asistencia médico-farmacéutica se prestará hasta que se halle el accidentado en condiciones de volver al trabajo; hasta que por dictamen del médico se le declare comprendido en la incapacidad que corresponda o hasta que fallezca.

Estos artículos han sido interpretados por la jurisprudencia (Sentencias de 19 de agosto de 1916; 2 de julio de 1923; 5 de julio de 1929; 10 de

enero de 1940, y 23 de febrero de 1944), en forma tal que hacen declarar a Posada «que no se pueda considerar esta asistencia indefinida obligatoria, sino que está sujeta, en cuanto a su duración, al plazo máximo señalado para las incapacidades, o sea, el de un año, solicitado desde la fecha del accidente. Es decir, que, transcurrido el año y dada el alta declarando o no la incapacidad, el patrono o la entidad aseguradora quedan libres de la carga que supone la estancia médica. Si hay incapacidad, se constituye el capital que corresponda para abonar la renta, y en adelante es el propio accidentado el que tiene que atender a su curación». Este criterio de jurisprudencia ha sido objeto de comentarios y fuertes críticas.

En el marco del accidente escolar—ante la ausencia de norma, como antes hemos indicado—, estimamos deben aplicarse criterios contrarios, ateniéndose al artículo 19 de los Estatutos, en el que se establece «que el Seguro queda obligado a facilitar la asistencia médico-farmacéutica hasta que el estudiante se halle en condiciones de volver a sus estudios, dentro del plazo que señala el artículo 16—un año—, o que por dictamen facultativo se le declare comprendido en alguno de los casos de incapacidad propuestos en el artículo 15 y no requiera la referida asistencia. Vemos que esta última frase «no requiera la referida asistencia», permite prolongarla más allá del año, aunque una incapacidad haya sido declarada por los órganos correspondientes del Seguro.

3. La plenitud del régimen queda asegurada con la prestación económica a favor del accidentado. Esta prestación—si queremos considerar su naturaleza jurídica en el campo laboral—tiene su base—como dice Hernáinz Márquez—en el genérico y social deber de asistencia, contrapartida lógica

de la colectividad, fundamental beneficiaria del trabajo y de la producción, llevada a cabo por el accidentado». Análogo criterio puede mantenerse en accidente escolar; en él, el estudiante realiza una actividad de tipo formativo de indudable trascendencia futura para la sociedad. De esta forma se nos presenta, no como un derecho privado jurídicamente exigible, sino como un auténtico deber social, cuyo cumplimiento puede ser exigido mediante el ejercicio de acción desenvuelta dentro del marco de la Ley del Seguro Escolar.

Esta naturaleza y carácter social determina que «análogamente a la legislación laboral, en los Estatutos de la Mutualidad—artículos 13 y 8—se declara el derecho a percibir la indemnización, tanto el estudiante accidentado como sus derechohabientes, atribuyéndose el carácter de personal e intransferible, no pudiendo en ningún caso ser embargadas ni retenidas, objeto de cesión total o parcial ni servir de garantía de una obligación.

En cuanto a los sistemas de compensación económica, son fundamentalmente dos: o bien la entrega de un capital—solución tradicional que ofrece mayor facilidad al accidentado para realizar con libertad la inversión que desee—o la asignación de una renta—solución predominante en las legislaciones de accidentes de trabajo, presentándose como la más perfecta, sobre todo si se la dota de cierta flexibilidad para casos excepcionales, admitir su sustitución por la entrega de un capital. La índole especial del beneficiario en el accidente escolar, e incluso el propio fundamento de la de la prestación, hace se considere más acertado—salvo en el supuesto de gran invalidez—el primer sistema. Este se recoge en el artículo 20 de los Estatutos de la Mutualidad.

ITZHAK KANEV: *El Seguro Social Nacional en Israel*.—INFORMACIONES SOCIALES.—Lima, abril-junio 1955.

El autor, presidente de la Comisión de Planeamiento de la Seguridad Social de Israel, expone en este artículo los puntos básicos del nuevo régimen de seguro israelí.

La primera Ley de Seguro Nacional Israelita fué aprobada por el Knesset (Parlamento), el 18 de noviembre de 1953. La aprobación de esta Ley representa el punto culminante de la política social progresiva, actualmente continuada por el movimiento sionista, política que se remonta a la fecha de creación del Estado israelita, cuando se establecieron vastas redes de instituciones de seguro social voluntario en todo el país. El nuevo Estado no necesitó, por lo tanto, crear una organización para sus servicios sociales, pero pudo mejorar, coordinar y complementar los servicios existentes, evitando de esta manera la elevación excesiva de las cargas financieras.

Sin embargo, a comienzos de 1949, tan pronto como cesó la lucha con la que terminó la Guerra de Liberación, el Gobierno de Israel nombró una Comisión Interministerial de Planeamiento de Servicios Sociales, con el fin de trazar un plan de seguro social general para el país.

La Comisión presentó al Gobierno, en febrero de 1950, su «plan de Seguro Social para Israel», junto con las recomendaciones para su gradual implantación en tres grandes períodos; plan que tomó a su cargo los servicios sociales existentes, así como las pesadas cargas financieras que soportaba el naciente país como resultado de la inmigración en masa y de los mayores proyectos de desarrollo, los cuales estaban siendo iniciados.

Las tres etapas del plan son las siguientes:

Primera etapa:

1. Hospitalización.
2. Mejora y ampliación de los servicios de medicina preventiva.
3. Atención dental para todos los niños.
4. Asistencia médica para los indigentes.
5. Pensiones de vejez, viudez y orfanidad.
6. Beneficios para los recién nacidos.
7. Gastos de funeral.
8. Pensiones sociales provisionales.
9. Seguro Obligatorio para todos los obreros (incluyendo aquellos que trabajan en la agricultura), cubriendo las contingencias de enfermedad, maternidad, accidentes e inhabilitación.
10. Seguro de desempleo.

Segunda etapa:

1. Seguro de Salud para toda la población.
2. Seguro de Inhabilitación para la población en general.

Tercera etapa:

1. Asignaciones Familiares.
2. Ampliación de los servicios hospitalarios.

La primera Ley de Seguro Nacional:

Esta Ley pondrá en práctica la primera etapa de este plan. Ella provee las siguientes categorías de seguro social:

1. Seguro de vejez y sobrevivientes para toda la población, incluyendo los gastos de funeral.
2. Seguro de maternidad, igualmente para toda la población, con beneficios para los recién nacidos.
3. Seguro de Accidentes del Trabajo.

Las cláusulas 1, 2, 3 y 4 de la Primera Etapa del Plan del Seguro Social,

que comprende la hospitalización, medicamentos, cuidado preventivo y dental para los niños y asistencia médica para los indigentes, pueden implantarse sin necesidad de legislación especial del Ministerio respectivo, lo que actualmente y en gran parte se ha llevado a cabo. La implantación de los Seguros Obligatorios de Invalidez y Desempleo ha sido temporalmente pospuesta por razones de orden técnico y de presupuesto. Es digno de mención que el Seguro de Salud para toda la población se ha trasladado a la Segunda Etapa del Plan de Servicio Social. Además de la complejidad y alto costo del Seguro de Salud Obligatorio, los legisladores sociales, que esbozaron el referido Plan, tomaron en consideración que el 75 por 100 de la población israelita estaba ya asegurada en varios sistemas de seguro de salud voluntario. Igualmente, cerca de dos terceras partes de la población, por ejemplo, son miembros del Fondo de Trabajadores contra las enfermedades (Kupat Holim) de la Federación General de Trabajo (Histadrut). Por tanto, se decidió que la implantación total del Seguro Nacional Obligatorio podría dilatarse, hasta que otras partes más urgentes del programa fueran establecidas.

La Ley de Seguro Nacional contempla, en forma detallada, su aplicación a las distintas categorías aseguradas. Las siguientes son las provisiones tomadas por esta Ley, respecto a cada categoría.

SEGURO Y PENSIONES DE VEJEZ*Edad pensionable*

Bajo esta nueva Ley, la edad pensionable normal será de sesenta y cinco años para los hombres y de sesenta para las mujeres. El Ministro está autorizado para otorgar estas pensiones a los trabajadores de menor edad ocu-

pados en labores pesadas, cuyas edades no sean menores de sesenta y dos para los hombres y cincuenta y siete para las mujeres. Las personas aseguradas que continúen trabajando después de haber llegado a la edad pensionable, tienen derecho a la pensión, en toda circunstancia, a la edad de setenta años para los hombres y sesenta y cinco para las mujeres.

Se otorgan privilegios especiales, respecto a los períodos calificados de ciertas personas de edad que hubieran residido en Israel en el día que la Ley fué aprobada por el Knesset. Tales

personas, si fueran hombres mayores de sesenta años, pero con no más de sesenta y siete, y mujeres mayores de cincuenta y cinco años, pero con no más de sesenta y dos, tienen derecho a recibir pensiones de vejez, después de tres años de afiliados. La edad pensionable para esta categoría será, por lo tanto, entre los sesenta y cinco y setenta años para los hombres y entre los sesenta y sesenta y cinco para las mujeres. Esto también significa que las primeras pensiones de vejez serán abonadas tres años después de la implantación de la Ley.

PENSIONES ABONABLES

Pensión básica:

Para una persona soltera	IL 15,000 por mes
Para un matrimonio de edad o para una persona de edad con un dependiente	» 22,500 » »
Para una persona de edad con dos dependientes	» 28,500 » »
Para una persona de edad con tres o más dependientes	» 34,000 » »

COSTO DE LAS ASIGNACIONES DE
SUBSISTENCIA

Este costo será añadido a la pensión básica, de acuerdo con el índice del costo de vida, mediante el cual estas asignaciones se abonan a los servidores civiles. De acuerdo con el presente índice del costo de vida, por ejemplo, una persona soltera recibiría IL 30,000 por mes, siendo la pensión básica de IL 15,000, a la que debe agregarse el costo de vida por la asignación. Los aumentos correspondientes son abonados únicamente a las personas de edad con dependientes a su cargo.

AUMENTOS POR ANTIGÜEDAD

Las personas aseguradas que estuvieren abonando sus contribuciones por más de diez años, reciben un aumento del 2%, con un máximo del 50% sobre sus pensiones por cada año, contado a partir de los diez primeros años de asegurado. Las personas aseguradas que continúen trabajando, después de haber cumplido la edad pensionable, reciben 5% adicional, con un máximo del 25% por cada año excedente, por el cual haya pagado su contribución.

Todas las personas que hubieran abonado sus contribuciones por cinco años, pueden recibir pensiones de vejez.

SEGURO DE SOBREVIVIENTES

Pensiones básicas:

Viudas con niños:

Viudas con un niño, reciben	IL 22,500 al mes
Viudas con dos niños	» 28,500 » »
Viudas con tres o más niños	» 34,000 » »

Viudas sin hijos:

Viudas menores de cuarenta años, reciben	»	180,000 (suma total)
Viudas de cincuenta o más años	»	15,000 por mes
Viudas de cuarenta y cinco a cincuenta años	»	11,500 » »
Viudas de cuarenta a cuarenta y cinco años	»	7,500 » »

Las asignaciones por costo de vida serán añadidas a todas las pensiones pagables a las viudas, exactamente como se hace con las pensiones de vejez.

PERÍODO OBLIGATORIO

El seguro deberá ser abonado por lo menos un año antes.

SEGURO CONTRA LOS ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

La Primera Ley de Seguro Nacional, distinta del primer sistema de seguros de accidentes de trabajo, otorga pensiones para personas inválidas en accidentes industriales, así como a las familias cuyo jefe hubiera muerto a consecuencia de un accidente de trabajo.

Se ha hecho conciencia que este sistema no puede ser realizado a través de las compañías de seguros privados, y por lo tanto el Ministerio de Trabajo establecerá una institución de seguro, la que será responsable por la implantación de la ley y el pago de todos los beneficios por ella fijados.

1. Señala beneficios generales por:

- Tratamiento médico general de los lesionados.
- Rehabilitación médica y vocacional.
- Beneficios financieros.

El tratamiento médico será proporcionado a través de los Servicios de Salud del Estado, por los Servicios Médicos de las Instituciones de Seguro o a través de instituciones médicas reconocidas para este propósito.

2. Beneficios para los lesionados en accidentes de trabajo.

La persona lesionada en el trabajo recibirá, mientras esté bajo tratamiento médico (por un máximo de 26 semanas), las 3/4 partes de su salario, limitado a un tope de IL 5,000 por día.

3. Beneficios a los convalecientes de accidentes de trabajo.

Si la persona se accidenta por catorce días o más, recibe los beneficios a partir del día segundo de haber sufrido el accidente. Para menores períodos de inhabilitación, no recibirá beneficios, sino a partir del tercer día, contado después del accidente.

4. Beneficios de invalidez por accidente de trabajo.

Cuando las lesiones sufridas como consecuencia de un accidente provoquen la invalidez o inhabilitación, que excedan de seis meses (siendo el período máximo de veintiséis semanas señalado en la cláusula 2, ya mencionada), se otorgará una pensión o subsidio a la persona mientras se encuentre invalidada.

En los casos de invalidez total (100), la pensión será igual al 75% de su salario normal, con un máximo de IL 5,000 por día. En el caso de invalidez parcial que excediera el 25%, el seguro abonará una pensión mensual proporcional al porcentaje de invalidez, comparada con la pensión que deberá abonarse al que sufriese el 100% de invalidez. En el caso de invalidez parcial entre 5 y 25%, la persona lesionada tiene derecho a recibir una suma total, proporcional al grado de invalidez.

5. Pensiones o asignaciones a los sobrevivientes.

La viuda y los niños de las personas fallecidas en accidentes de trabajo

jo, reciben pensiones en la siguiente proporción:

La viuda recibe el 60% del 100% de la pensión de invalidez que hubiere sido pagada a su esposo, si él viviera en estado de invalidez absoluta. Las siguientes adiciones se abonan por huérfanos:

Por un niño, 20% del 100% de la pensión de invalidez.

Por dos niños, 30% del 100% de la pensión de invalidez.

Por tres niños o más, 40% del 100% de la pensión de invalidez.

La viuda sin hijos, menor de cuarenta años, recibirá una suma total correspondiente a treinta y seis meses del 100% de la pensión de invalidez de su esposo fallecido.

SEGURO DE MATERNIDAD

Proporciona prestaciones maternas y ayudas para gastos de alumbramiento. Todas las trabajadoras, empleadas e independientes, exceptuándose las amas de casa, reciben estos beneficios, los que se abonan por un período de doce semanas, una parte antes del alumbramiento y la otra después del parto. Los beneficios alcanzan a 75% del salario semanal o renta (de las independientes) hasta un máximo de

IL 35,000. Toda asegurada o esposa de un asegurado tiene derecho, además, a un pago de IL 55,000, que serán entregadas a la madre, si necesita hospitalización o para adquirir las ropas o demás complementos necesarios para el recién nacido.

FINANCIACIÓN DE LA LEY DE SEGURO NACIONAL

En la primera etapa de implantación de esta Ley, estará enteramente financiada por las contribuciones de los asegurados y empleadores.

La Ley de Seguro Nacional señala la participación financiera del Estado, pero sí contempla que los Ministerios de Trabajo y Hacienda, con la aprobación del Comité de Financiación del Knesset, decidirá en qué año fiscal el Estado iniciará el pago de sus contribuciones.

La contribución del Estado se ha fijado por la Ley en un 10% de las contribuciones abonadas por el Seguro de Vejez y sobrevivientes, y en 45% de los ingresos por el Seguro de Maternidad. Las cotizaciones abonadas por los asegurados y patronos serán reducidas, en una pequeña escala, posteriormente, al iniciar el Estado el pago de contribución.

PORCENTAJE DE CONTRIBUCIONES AL SEGURO

	Seguro de vejez	Seguro de Maternidad	Total
Trabajadores	1,0%	0,4%	1,4%
Empleadores	1,5%	0,4%	1,9%
Independientes	2,5%	0,8%	3,3%

Las contribuciones para el Seguro de accidentes de trabajo, serán del 0,5% a 3,0% de los salarios, variando de acuerdo al tipo de la empresa, la clase de trabajo y la proporción de accidentes.

¿Es muy pesada la carga del Seguro Nacional?

La primera pregunta formulada es si el peso del plan de Seguro Nacional no es demasiado elevado para la economía nacional israelita. El hecho

es que los servicios sociales y las instituciones voluntarias de seguro social existentes y que son costosos, gradualmente serán incluidos en el plan de Seguro Nacional, lo que no añadiría ningún peso ni carga onerosa. En el caso del Seguro contra accidentes del trabajo, que será organizado por el Ministerio de Trabajo, la industria ahorrará considerables sumas que serán trasladadas de las compañías comerciales al Seguro, pues el Ministerio, no sólo proporcionará beneficios adicionales—por ejemplo, pensiones para viudas e inválidos por accidentes del trabajo—, que las Compañías privadas están imposibilitadas de conceder, pero que serán otorgadas con muy bajas cotizaciones, menores que las que se exigen actualmente.

En lo que concierne al Seguro de Maternidad, la nueva Ley simplemente agrega otro beneficio a las prestaciones de maternidad, que ya se están abonando a las trabajadoras.

El Seguro de Vejez se iniciará con el pago de pequeñas sumas y también con bajas contribuciones—dos y medio por ciento de los salarios o renta del asegurado.

Pese a que no se ha fijado fecha para la iniciación de la participación estatal en el financiamiento de los diversos aspectos del Seguro Nacional, esto no retardará la implantación y ejecución de la Ley. Por otro lado, la participación del Gobierno está limitada a las pensiones de vejez y sobrevivientes y Seguro de Maternidad, y se puede presumir que el Gobierno iniciará el pago de su contribución a los Seguros, cuando las primeras pensiones de vejez comiencen a abonarse dentro de tres años.

La primera Ley del Seguro Nacional será una de las leyes básicas de Israel, y jugará el más importante papel en la política social del Estado y en coor-

dinación con los servicios sociales que en la actualidad existen.

DR. JUAN PEDRO DE LA CÁMARA: *Las relaciones entre médicos y asegurados.*—REVISTA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD. — Madrid, agosto-septiembre de 1955.

El autor considera estas relaciones a través de la Orden de 12 de noviembre de 1953. Reproducimos los párrafos siguientes de este trabajo:

Se recordará que, a raíz de la promulgación de la Orden de referencia, se expusieron opiniones para todos los gustos. Hubo quien estimó que, al abrir a los asegurados una vía para la elección de médico, se iba a desencadenar un trasiego desmesurado de cartillas, por el afán de aquéllos por inscribirse a los médicos más complacientes. Por otros sitios se temió un efecto contraproducente entre los médicos, en el sentido de un peligro de relajación del espíritu de austeridad terapéutica, que sería sustituido por la tendencia a complacer las peticiones inmotivadas, reteniendo así a los asegurados ya adscritos y haciendo labor de captación de nuevas adscripciones. No faltó tampoco quien tachara a la Orden de poco generosa, al no permitir la elección, sino entre los médicos de la propia zona en que residen el asegurado y no entre todos los de la localidad, oyéndose esta última opinión no sólo por parte o en nombre de los asegurados, sino también por parte de médicos partidarios de la absoluta libertad de elección.

En el momento presente, lo que nos interesa es conocer el efecto de la Orden que motiva estos comentarios, porque, como se verá después, resul-

ta un buen índice para enjuiciar las relaciones entre los médicos y los asegurados; más concretamente aún, el grado de satisfacción de los asegurados en lo que se refiere a la asistencia que reciben de sus respectivos médicos, y, por tanto, la confianza que éstos inspiran a sus clientes del Seguro.

El trámite y la resolución de las peticiones de cambio de médico son una función normal de las Inspecciones de Servicios Sanitarios, en su esfera provincial y comarcal o de zona, de modo que sólo afecta a la Jefatura Nacional cuando se produce una reclamación en contra de lo resuelto en las provincias, circunstancia por la cual estos datos no son comunicados de modo sistemático a los Servicios Centrales. Por este motivo, y a manera de encuestas, se han recogido los datos de quince provincias que, por su volumen, características y distribución geográfica, constituyen una muestra representativa de la totalidad del Seguro.

Se han tomado en cuenta solamente los datos relativos a las capitales, puesto que son donde se puede ejercer claramente el derecho de elección de facultativo, ya que en el medio rural abundan los pueblos con un solo médico en los que, ni con Seguro ni sin Seguro, no existe la posibilidad de opción. Las capitales estudiadas suman en total 674.717 asegurados, que vienen a representar el 18,7 por 100 de todos los asegurados, si bien son una proporción mucho mayor si se comparan con los que realmente pueden ejercitar el derecho de elección.

Pues bien, el resultado ha sido que, sobre ese total de 674.717 asegurados que radican en las quince capitales de provincia, se han producido 20.300 peticiones de cambio de médico en el año 1954, lo que significa que tan sólo el 3 por 100 de los asegurados se ha

considerado con algún motivo para intentar el cambio de médico. La cifra nos parece elocuente por demás, sobre todo si se tiene en cuenta que, lógicamente, en este primer año han tenido cauce libre muchos deseos de cambio de médico que estuvieran contenidos desde años anteriores y que, al publicarse la disposición que los autorizaba, han salido a la superficie y desvirtuado el porcentaje normal para cualquier otro año. Puesto que tal fenómeno ha ocurrido, indudablemente, si el porcentaje de peticiones resulta pequeño, todavía debe ser estimado como superior al normal para un año cualquiera. Por otro lado, hay que contar también que no pocos asegurados han reiterado sus peticiones al no conseguir aprobación en la primera vez, de modo que no se pueden entender exactamente que las 20.300 peticiones correspondan a otros tantos asegurados, sino a un número menor y, por tanto, la cuantía de asegurados disconformes con sus médicos es menor de ese 3 por 100.

La deducción que plantean estas cifras es bien clara. En contraposición a la situación que tantas veces se ha pintado para las relaciones entre médicos y asegurados, que llegaba a ser asemejada casi como a un permanente estado de guerra, resulta que una mayoría abrumadora, cercana a la totalidad de los asegurados, ha preferido continuar con sus médicos cuando se le ha ofrecido la posibilidad de pedir la adscripción a otro médico de su gusto. No es fácil encontrar, expresada en cifras, una demostración tan contundente de compenetración entre clientes y médicos, por lo que nos parece que este hecho, además de ser dado a conocer, debe ser meditado por cualquiera antes de exponer una opinión sobre las relaciones entre los médicos y los asegurados.

Ciertamente, se observan y se segui-

rán observando incidencias entre los enfermos o sus familias y los médicos del Seguro, incidencias que en su mayoría son de poco alcance, aunque en el momento resulten desagradables, pero indudablemente no llegan a constituir motivo de ruptura entre clientes y médicos, por cuanto se ha visto que no se reflejan en una petición de cambio de médico. Y decimos petición, porque como se verá después, esas 18.111 solicitudes no significan otros tantos cambios de médico, ya que unas han sido resueltas en sentido positivo, en tanto que otras han sido denegadas.

También hay que hacer mención de un tipo de cordialidad de relaciones entre asegurados y médicos que no es ciertamente laudable, refiriéndose a los casos en que el asegurado o su familia exijan prestaciones en cantidades o calidades abusivas y, tratándose de un médico que se preste a ello, con evidente incumplimiento de sus deberes, no se producen diferencias ni disgustos entre una y otra parte. Sin embargo, se verá después que este tipo de armonía no es permanente, ni mucho menos, de modo que, aunque se reconozca su existencia, no puede ser considerado como determinante de la situación general de conformidad entre asegurados y médicos que alcanza, como se ha dicho, el 97 por 100 de los primeros. El concepto que merece la clase médica española no permitiría aceptar la suposición indicada, pero luego se verá que hay cifras en que se puede basar la refutación de ese mismo supuesto.

Según se acaba de indicar, no todas las peticiones de cambio de médico han implicado tal cambio, sino que han sido tan sólo la exposición de un deseo. Las Inspecciones de Servicios Sanitarios son quienes han de resolver la demanda, y lo han hecho afirmativamente en el 79,5 por 100 de los

casos. La resolución ha sido a veces denegatoria porque el médico solicitado tenía cubierto el cupo máximo, pero estas denegaciones han solido ser temporales, ya que ante insistencia del asegurado, se ha podido autorizar o en otra ocasión en que se hubieran producido algunas bajas en el cupo del médico en cuestión, siendo estas repeticiones de solicitudes las que antes se han mencionado como causantes de la no concordancia entre el número de solicitudes y el de asegurados realmente descontentos.

Una causa de denegación de las solicitudes ha sido la disconformidad del médico elegido, suponiendo estos casos el 2,25 por 100 de las solicitudes. También aquí se puede encontrar un exponente del tipo de relaciones entre médicos y asegurados, ya que es claramente baja la frecuencia con que los médicos rechazan a los asegurados que pretenden recibir de ellos la asistencia facultativa.

Otro 7,2 por 100 de las solicitudes fué denegado por consignar en la petición un médico perteneciente a zona distinta de aquella en que residiera el asegurado, circunstancia que está fuera de lo previsto por el legislador, que ha mantenido el criterio de evitar, en lo posible, a los médicos el trabajo de tener que visitar a domicilio en lugares muy distantes unos de otros.

Las Inspecciones denegaron otro 11,0 por 100 de solicitudes sobre la base de datos fundados que evidenciaban un propósito no legítimo en el asegurado, ya que no le interesaba en realidad el nuevo médico, sino abandonar al que tenía adscrito. Puesto que la norma ha sido consultar a ambos médicos, es decir, al que tenía el asegurado y al que elige para sustituirle, se evidenciaron situaciones producidas por exigencias inoportunas de los enfermos que, al ser rechazadas cuerdamente por el médico, habían

motivado la petición de cambio de facultativo.

Las restantes peticiones, o sea, casi el 80,0 por 100, fueron autorizadas por concurrir razones estimables que las justificaron, como, por ejemplo, el deseo de volver a tomar el médico que durante años había atendido a la familia cuando, por motivo de algún reajuste de cupos, había dejado de ser el facultativo de cabecera, o bien porque realmente había ocurrido alguna incidencia en que el médico no estuviera exento de culpa, sea por negligencia en el servicio, por desatención personal, errores diagnósticos o terapéuticos inexcusables que hicieran perder la confianza a la familia, etc.

En lo que atañe a las reclamaciones contra lo resuelto por las Inspecciones de Servicios Sanitarios, han sido falladas casi sin excepción en el sentido de confirmar los acuerdos de las mismas, lo que indica que habían obrado recatadamente al denegar las peticiones, puesto que es fácil comprender que la casi totalidad de las reclamaciones han sido promovidas por asegurados que vieron frustrado su propósito de cambiar de médico.

Ahora bien, el estudio de las solitudes de cambio de médico indica que no afectan a todos los facultativos por igual. De acuerdo con la primera impresión que produce lo anteriormente expuesto, resulta que hay una gran mayoría de médicos, el 72,6 por 100 de los médicos de las capitales, que apenas figuran en tales solitudes, es decir, que sus relaciones con los asegurados son normales y no se producen movimientos evidentes de atracción ni de repulsión entre ellos. Aquí viene a colación lo que antes se mencionó sobre el supuesto de que tal armonía de relaciones esté basada en conducta improcedente de unos y otros, pero repetimos que hay otros datos para poder estimar que tales ca-

sos no representan la tónica general y que, además, no tienen larga duración.

Existe un grupo de médicos que figuran mucho en las peticiones de cambio, apareciendo como muy solicitados por los asegurados. Este grupo significa, a su vez, otros dos que son diametralmente opuestos. El primer subgrupo corresponde a médicos excelentes, muy cumplidores en la asistencia, con éxitos suficientemente resonantes para ser conocidos y que, por tanto, son muy solicitados por los asegurados de buena fe, especialmente cuando éstos son altas iniciales en el Seguro y en el primer momento, por no conocer bien sus derechos, son adscritos a algún otro médico y luego piden recibir la asistencia de los que consideran como mejores, aun sin haber llegado a conocer, la mayor parte de las veces, al facultativo que les fué asignado. Este grupo de médicos tiene una considerable extensión, puesto que alcanza al 12,8 por 100 de todos los facultativos estudiados.

Por desgracia, el otro subgrupo, que implica un 7 por 100, es completamente distinto, pues se trata de médicos harto complacientes, que adquieren fama de no oponer dificultades a los caprichos de los enfermos y de los pseudoenfermos y que son buscados precisamente por los asegurados que, con tal desconocimiento de la realidad del Seguro, sólo buscan el modo de resarcirse de alguna manera de la parte de cotización que mensual o semanalmente les es descontada del salario. Sin negar la posibilidad de que alguna vez escape a la Inspección la verdadera naturaleza de estas peticiones, hay que decir que constituyen el grueso de las que son denegadas en primera y segunda instancia.

Al lado de los médicos muy solicitados, se encuentran la categoría de los que figuran frecuentemente como fun-

ción negativa, es decir, que el asegurado pide ser eliminado de su adscripción para pasar a la clientela de otro médico. También aquí hay dos subgrupos, siendo curioso que el primero viene a coincidir grandemente con el segundo de los que antes se ha descrito, o sea, que hay un cierto número de médicos que figuran tantas veces en sentido positivo como en negativo. No es difícil comprender la razón. Estos mismos médicos complacientes, a fuerza de claudicar una y otra vez, de poner su nombre y su pluma al servicio del capricho y la arbitrariedad, llegan a ser menospreciados aun por los asegurados menos sensatos, que acaban por considerarlos como una especie de servidores obligados a ser obedientes a todas las razones y las sinrazones. Y estas últimas llegan a ser tales que, al final, alguna vez el médico se niega a complacer lo rayano en el absurdo, lo cual es suficiente para que el cliente monte en cólera y vaya a pedir el cambio con la misma indignación y la misma seguridad con que se despide al servidor infiel. Triste final y triste panorama que, al menos, no es muy extenso, porque ni éste es el caso más frecuente entre los médicos, ni el hecho final del «despido» llega a producirse muchas veces, gracias a que la Inspección sale por los fueros del prestigio profesional y, conocidos los motivos, apoya al médico. Este hecho debe ser resaltado, porque imparcialmente se ha de reconocer que la culpa original ha sido del médico complaciente y porque, más de una vez, ha habido plumas que, en serio o humorísticamente, se han permitido poner en tela de juicio el compañerismo de los Inspectores.

Y hay otros médicos que figuran con frecuencia de un 7,6 por 100 en las peticiones de cambio, porque los asegurados expresan su deseo de no

ser asistidos por ellos; tienen como característica la intemperancia de carácter, tanto que vaya unida a incompetencia científica como que vaya en compañía de una buena dosis de ciencia. Esta es un hecho conocido de largo tiempo. El enfermo humilde, en su condición social, lo mismo que su familia, tarda mucho tiempo en sentir aversión hacia su médico por motivos del mayor o menor número de aciertos que tenga. En cambio, es muy sensible a las faltas de comprensión, de cordialidad y de paciencia, de modo que prefiere a un médico discretamente competente, pero afectuoso, a otro más científico y más intemperante. Por otro lado, en este grupo están aquellos cuyos errores son frecuentes y graves, hasta crearles una reputación adversa que conduce a que, no solamente no sean solicitados por los asegurados, sino que, al verse adscritos a ellos por cualquier causa, piden en seguida otro médico para su asistencia.

Claro está que, como en el hecho de la petición de cambio intervienen dos elementos, médico y asegurado, y este último no siempre actúa de buena fe al formular la petición, los grupos en que se ha dividido a los médicos no tienen un carácter absoluto. A veces, se producen en poco tiempo varias peticiones para abandonar a un médico, y ello no significa que éste sea infemperante o incompetente, sino que es un buen cumplidor de su profesión, y lo que sucede es que, fortuitamente, tenía reunidos en su cupo a varios asegurados exigentes de complacencia, se negó a sus pretensiones y ellos reaccionaron pidiendo ser adscritos a otro más asequible a sus propósitos. La regla es que tales peticiones no prosperen, pero es inevitable que se produzcan. Del mismo modo se pueden encontrar ejemplos para las otras categorías de médicos. Sin

embargo, la definición que se ha dado a los distintos grupos responde a la mayoría de las observaciones, y, por tanto, estos otros ejemplos no son sino excepciones.

Resulta, por todo lo expuesto, que el examen de lo ocurrido con el funcionamiento de la Orden de 12 de noviembre de 1953 evidencia que las relaciones entre médicos y asegurados han sido normales para el 97 por 100 de estos últimos. Esta cifra, que es un promedio, puede no ser la exacta para una localidad, una provincia o una zona determinada, pero representa bien la realidad de lo ocurrido. Ahora bien, de la misma manera que no se advierte en un teatro la presencia de cientos de espectadores que escuchan en silencio, mientras destacan uno o dos que interrumpen con sus exclamaciones, ese 3 por 100 de asegurados (o una proporción aún menor, según se ha explicado) es el que revuelve, protesta y exige, haciéndose visible en todas partes y dando una sensación de número muy superior a la realidad cuando ésta se traduce precisamente a números.

En cuanto a los médicos, también hay una gran mayoría, las tres cuartas partes, que no dan lugar a incidencias a este respecto, debiendo agregarse casi otro 13 por 100 de excelentes médicos que, si se hacen visibles, es precisamente por su alto nivel profesional, en tanto que las perturbaciones proceden de un 15 por 100, aproximadamente, lo mismo que sea por excesiva complacencia como por excesiva aspereza, o por escaso nivel científico.

Un criterio simplista podría deducir de aquí que se comportan mejor los asegurados que los médicos, puesto

que los respectivos porcentajes de 3 y de alrededor de 15, parecen indicar un quintuplo de médicos que pudiéramos llamar perturbadores respecto a los asegurados de la misma característica. Tal deducción sería, sin embargo, totalmente errónea, porque solamente se pueden comparar las cosas o los fenómenos que sean comparables, y éstos no lo son. Es mucho más fácil ser buen cliente que ser buen médico, porque el primero representa un papel más bien pasivo, mientras el segundo es claramente activo, porque el enfermo tiene que poner en juego su sinceridad y su obediencia, en tanto que el médico ha de hacer jugar su inteligencia, su perspicacia, su estudio y su experiencia, porque, en fin, el enfermo ha de poner a contribución su paciencia para sufrir su enfermedad y los defectos de su médico, pero éste ha de derrochar infinita paciencia para sufrir a todas las enfermedades de sus enfermos y a todos y a cada uno de éstos. Con estas diferencias a la vista, nos parece que las cifras encontradas son exponente de una clase médica excelente en cuanto a su comportamiento hacia los enfermos del Seguro, aunque también sea inevitable que destaquen más los que originan incidencias que los que, día tras día, cumplen silenciosamente con su deber. Como colofón podríamos agregar que, así como no suele haber dificultades para señalar a los médicos incumplidores que se hacen merecedores de sanciones, nos consta que ante las perspectivas de concesiones de premios, los Inspectores tienen ante sí un difícil problema, no porque no encuentren a quién proponer, sino por la dificultad de elegir entre tantos médicos buenos cumplidores.

PATRIA ALTAGRACIA DEL CARMEN CORNELIO LÓPEZ: *La niñez como fuente primordial de previsión.*—PREVISIÓN SOCIAL, núm. 4.—Ciudad Trujillo, enero-febrero 1955.

A continuación transcribimos el texto completo de este trabajo:

Acaso me pregunto: ¿Es tan sólo la niñez el objeto de previsión? Me contesto, sí; porque en ella formamos el ideal del mañana, ella es la dueña del bienestar o malestar de un pueblo en su futuro, porque la niñez es como una planta, que de acuerdo con el cultivo que se la haya dado, da sus frutos, buenos o malos; es decir, si abonamos la planta, aramos su suelo y le quitamos los gusanillos que tratan de dañar la mies, esa planta surge bella, frondosa, llena de vigor, de vida, de flores bellas, firmes, con néctar abundante.

Así es la niñez; una simiente que se desarrolla y crece, y es muy importante saber cultivarla para que dé su buen fruto, ya que no es tan sólo a los padres que el niño beneficia, cuando reciben una buena educación: es la sociedad misma.

En la actualidad, estamos abonando el terreno de un ambiente sano, para que la niñez tenga una base sólida, donde apoyar su débil cuerpo, para que mañana pueda dar hombres fuertes, llenos de vitalidad y capaces de crear un ideal, dando a la sociedad y a la Patria el fruto de su mentalidad.

Es por eso que yo he hecho hincapié en la niñez, porque para construir el buen edificio hay que formar la buena base. ¿Y cuál es la juventud de mañana? Es la niñez de hoy; ella es la responsable de los designios de nuestra Patria en el mañana, la cual debemos levantar cada día más a base de esfuerzos incansables, hijos de la flor de un triunfo; ya que ha sonado

la hora de despertar al hombre dominicano, que durante mucho tiempo dormía en el silencio de una ignorancia vaga y traicionera, que cuando se quería comenzar a dar auge a una cultura dignificadora, se le rompía el débil lazo que se proponía unir la fuerza del pensamiento humano para llegar a formular sus propias leyes. ¡Ha sonado la hora!... en que un dominicano, con genial predominio, cogió la bancarrota de la nación sin tino, y ha hecho de Quisqueya uno de los países más ricos y progresistas de la cuenca del Caribe; un poema de cumbre a la luz de una luna, que surge entre tinieblas, esclareciendo así su más sutil esencia, creando una extensa campaña de progreso.

Ese dominicano que ha ido pedestal por pedestal, ha llegado a la meta de la civilización y ha tocado la puerta de esta Previsión, que da por resultado la gran orientación de los cerebros jóvenes, que ven con emoción la majestuosa obra, que lleva hasta el último rincón de nuestra querida nación, amor, cultura y pan.

El niño de hoy sabrá decir mañana: ¡Qué feliz me siento!, porque desde mi vida de lactante hasta mi vida de adolescente, he sabido saborear la riqueza, al amparo de un Gobernante que ha sabido trazar con destellos triunfales la Asistencia Social, para el necesitado que llora y gima por la miseria azotado. Ya la niñez no sufre de desnutrición ni de falta de asistencia médica, ni de falta de vestuario, porque desde el período prenatal tiene a su servicio médicos especializados que asisten con cautela al estado de sus pacientes; luego viene el período posnatal, haciéndose cargo el Club de Madres, que con manos bienhechoras entregan la hermosa canastilla a la resignada madre, que dibuja en sus labios la más fresca sonrisa, al cubrir a su hijo con ropitas tan lindas, y al

sentir el cuidado de esas manos divinas que, con mil ternuras, le labran su vida.

Ya la madre sale alegre y decidida, confiando en criar su hijo, sano y fuerte, aunque ella no cuente con medios para su sustento. Se dirige a una estación de leche, donde encuentra el sano alimento cuidadosamente preparado, de acuerdo con la edad y textura del niño, donde son asignadas dietas adecuadas para no ocasionarle trastornos intestinales. Allí también se le da oportunidad de concursos de peso, lozanía, etc., manteniendo así el deseo de vivir, de asociarse, de levantar el entusiasmo en esta obra redentora, donde se comparten alegrías y se olvidan las tristezas. También reciben las madres la enseñanza de puericultura y de eugenesia, por medio de charlas y propagandas impresas. Todas estas formas de programas han contribuido al descenso de la mortalidad infantil y a la disminución de enfermedades epidémicas de la infancia, que son hijas del progreso de Asistencia Social, bajo la política de mejoramiento social del Generalísimo Trujillo. El ha sabido dotar al país de medios modernos y suficientes con que atender tan importante ramo de la actividad social. Entre éstos, tenemos: las bien fundadas Guarderías infantiles, donde la madre va segura de dejar a su hijo, ya en una edad más consciente—si es que ésta tiene que lanzarse a su trabajo—, y lo deja confiada en que allí recibirá la más esmerada higiene y los mejores modales, pudiendo disfrutar el niño de alimentos, expansión y cuidado.

Pasado ese período, entra el niño en la edad escolar, alegre, listo, dispuesto a recibir la enseñanza, el Desayuno Escolar, el Ropero Escolar, las visitas del Dentista Escolar, etc., y así sigue su desarrollo hasta convertirse en un adolescente, con su mente clara,

despejada de todos esos caprichos vagos característicos de eras anteriores, sólo mirando lo verdadero, lo científico, con ambiciones vastas de conocimientos, sin odios, sin rencores, con la sola firmeza de ser trabajador honrado, y sabiendo escoger todo lo que hay de bueno en esta prodigiosa era:

Ya, para la adolescencia, tenemos instituciones del Estado, regidas por un plan docente que los prepara para la emancipación social por medio del aprendizaje de oficios y del cultivo de sus vocaciones.

¿Qué niño de hoy no podrá decir mañana: «Gracias al ejemplar hombre que, con desvelos, ha sabido escalar el último peldaño de la más gigantesca obra: «La Previsión Social», que con sentido tan genial ha sabido designar un personal muy competente en la materia, que va escudriñando, región por región del país, previendo el bien y evitando el mal, y esto ha dado lugar a que la labor se haya visto coronada del mejor éxito?»

Así, pues, la Asistencia Social es producto de nuestro tiempo, es producto de ese ilustre dominicano que, con visión tan clara, se ha preocupado por el bienestar social y nacional. Es nuestro Benefactor; él es el Paladín de las glorias.

Y es por eso, que la niñez es la fuente primordial de previsión, porque es más fácil edificar la obra, que tratar de modificarla, a pesar de que también se está en la lucha por modernizar las costumbres oscuras, consecuencia de esa época tradicional y escasa, cuando el hombre dominicano sólo se contentaba con derramar su sangre.

Nosotros vamos hacia un ideal más alto, animados por la justicia de nuestro ilustre Gobernante. Es el divino ideal del trabajo y la paz, factores unánimes del sin par progreso en toda la extensión de la palabra.

EUGENIO BLANCO RODRÍGUEZ: *El Mutualismo Laboral y el Seguro Obligatorio de Accidentes de Trabajo*.—REVISTA DE DERECHO DEL TRABAJO.—Madrid, mayo-junio, 1955.

Reproducimos a continuación los párrafos más destacados del trabajo de referencia:

* La inusitada generosidad con que vió la luz el régimen mutualista laboral le hizo despreciar pequeños problemas accesorios que planteaba el sistema de prestaciones que establecía en su relación con las que ya existían a cargo de los seguros sociales que administran el Instituto Nacional de Previsión y el Seguro de Accidentes del Trabajo; especialmente en relación con este último, el mutualismo admitió en sus comienzos, como hecho causal de prestación propia, a la muerte o invalidez ocasionada en accidente de trabajo, con lo cual se originaba una dualidad de prestaciones y una duplicidad de organismos protectores francamente recusable desde cualquier punto de vista racional.

Se hacía singularmente extraña esta duplicidad, teniendo en cuenta que el Seguro de Accidentes del Trabajo llevaba en nuestra Patria cerca de medio siglo de vigencia y su estructuración—no vamos a discriminar ahora si acertada o no—estaba perfectamente sedimentada y con características casi indelebles. Resaltaba, a primera vista, el absurdo de que a un seguro específico para los accidentes del trabajo se superpusiera otro seguro general que duplicaba la prestación por la misma causa. Una de las primeras conclusiones que habría que deducir para justificar «de facto» tal régimen—teóricamente inexplicable—es que las prestaciones del Seguro de Accidentes eran insuficientes, ya que si fuesen adecuadas, el total de las de los dos regímenes resultaría superfluo.

Se daba así—se da todavía—la incongruencia de que un régimen de previsión—el Mutualismo Laboral—que incluía como una de sus prestaciones las pensiones de Viudedad y Orfandad (de las cuales el accidente laboral es un hecho causal en mínima proporción), otorgaba en ciertos casos una protección más completa a los beneficiarios de productores no accidentados que la que el Seguro de Accidentes del Trabajo concedía a los propios. Quizá fuera este motivo el que originó la inicial generosidad de no excluir de la protección más completa a los beneficiarios de productores no accidentados que la que el Seguro de Accidentes del Trabajo concedía a los propios. Quizá fuera este motivo el que originó la inicial generosidad de no excluir de la protección del Mutualismo a los amparados por el Seguro de Accidentes, cuando éstos constituyeran el hecho causal de la prestación. Pero bien claro está que la solución lógica no puede ser otra que la de que el Seguro de Accidentes del Trabajo revise sus cuadros de prestaciones.

Parece muy natural que el Seguro de Accidentes del Trabajo haya sido el de primera implantación en todos los países. Si—recordemos a Bismarck—, los trabajadores debían tener la consideración de «soldados» del trabajo, dentro de este sector tenían que ser muy distinguidos los heridos y muertos en la «batalla» laboral. Esta situación de justificadísimo privilegio vino manteniéndose en todo lo que va de siglo, y es necesario que siga manteniéndose. Un inútil total por accidente del trabajo ha merecido, de siempre, mayor prestación que un jubilado; siguiendo con la analogía anterior, es como el militar incapacitado en acción de guerra, comparado con el retirado normalmente por edad, o el muerto en combate y el fallecido de muerte natural; aquéllos—o sus derechohabien-

tes—disfrutaron siempre de mejor trato. En el terreno laboral, así ha sido igualmente, hasta que las pensiones de jubilación de las Mutualidades dejaron «pequeñas» a las de accidentes. El Mutualismo Laboral, que ha impuesto la revisión de muchos aspectos del mundo del trabajo y espoleado a tantos reacios en el avance social, puso de manifiesto la inadecuación de las prestaciones del régimen de accidentes en el tiempo que vivimos; todavía más absurdo que el ejemplo anteriormente aducido para viudas y huérfanos, aparece el hecho de que la protección general de los inválidos y accidentados vaya más adelante que la protección «especial» de los accidentados de trabajo. Supuesta la improcedencia de la duplicidad de prestaciones, es de esperar que no se demore una revisión del actual régimen de Seguro de Accidentes del Trabajo, tanto más indicada esta revisión si se piensa que es un seguro francamente rentable para quienes lo practican, que no sólo liquidan su gestión sin déficit alguno, sino que, por el contrario, lo hacen con pingües beneficios.

Y ya que hablamos de esto, también será cosa de ir pensando si no ha llegado el momento de enfocar más «socialmente» la gestión de Seguros sociales como los de Accidentes y Enfermedad, que se realiza actualmente, en su gran mayoría, a través de Compañías mercantiles privadas que ni ocultan ni tienen por qué ocultar su finalidad lucrativa. Si, de acuerdo con la opinión de los tratadistas, hay que concebir los Seguros sociales como servicios públicos, no es procedente que se recaude una tasa que exceda de la cuantía necesaria para el servicio, es decir, superior a los gastos que origina (superior, actualmente, en cuanto sea beneficio comercial de Compañías de accidentes y Entidades colaboradoras del Seguro de Enfermedad). En un

Seguro social, es una *contradictio in terminis* el que existan «beneficios»: o se mejoran los servicios o se reducen las cuotas. Y no se nos diga que el Seguro de Accidentes es, al fin y al cabo, un Seguro de responsabilidad patronal, con prima exclusivamente a cargo de éste como argumento contrario a su consideración social; rebasado hace tiempo el concepto de la Seguridad Social como protectora del «económicamente débil», si su finalidad en este Seguro concreto es la de garantizar la responsabilidad del patrono, es decir, la protección del obrero, tampoco hay razón alguna que aconseje gravar a aquél con exceso.

Los incapacitados temporales no alteran, con su transitoria incapacidad, su *status* respecto al Mutualismo Laboral. No obstante, si por causa distinta al accidente, causaran derecho a las prestaciones de invalidez o larga enfermedad, o si le fuese concedida la jubilación, no devengarían las pensiones hasta que la situación de incapacidad temporal tuviese término. No hay duda de que mientras subsista este precario régimen de prestaciones en el Seguro de Accidentes, habrá casos en que el trabajador salga perjudicado por demorarse la percepción de una pensión mayor del Mutualismo mientras se le abona la otra en calidad de accidentado. (Hay que tener en cuenta que en el Mutualismo Laboral se llega a disfrutar pensiones de jubilación del 95 por 100 del salario.)

Los que sufren incapacidad permanente (parcial o total) para la profesión habitual, si trabajan por cuenta ajena en actividad encuadrada en el Mutualismo Laboral, siguen siendo, como es natural, mutualistas. En caso de que no trabajen, pasan a la situación que el artículo 17 del Reglamento general arbitra para los mutualistas que quedan en paro forzoso, es decir, conservan todos sus derechos en el

plazo de un año, y si pasan de cincuenta y cinco años, por tiempo indefinido.

Los incapacitados permanentes y absolutos para todo trabajo, al ser declarados tales por el Seguro de Accidentes, pierden la condición de mutualistas, conservando, no obstante, los siguientes derechos:

Si han cumplido los sesenta años de edad, pueden, igual que cualquier otro mutualista, solicitar la prestación de jubilación, siempre que reúnan las condiciones generales establecidas.

En el caso de que no lleguen a dicha edad, pueden optar entre ser considerados en situación de paro involuntario, de acuerdo con el artículo 17 del Reglamento general, que ya hemos mencionado, o percibir un subsidio de doce mensualidades del salario regulador.

El mutualista que fallezca a causa de accidente del trabajo o enfermedad profesional causará derecho al subsidio por defunción (creemos que este derecho lo causa aun cuando fallezca muchos años después de contraída la enfermedad u ocurrido el accidente, de acuerdo con el viejo brocardo de que donde la Ley no distingue, no cabe distinguir). Y si reúne las condiciones requeridas para causar las prestaciones de viudedad, orfandad o en favor de familiares y existan beneficiarios, se concederán a éstos los siguientes subsidios:

Al cónyuge, seis mensualidades del salario regulador.

A cada uno de los restantes beneficiarios, una mensualidad del salario regulador.

Si no existiese cónyuge sobreviviente, se concederá, por uno de los beneficiarios, el subsidio de seis mensualidades, y por los demás, la mensualidad indicada. El total se repartirá por partes iguales entre todos ellos.

El Mutualismo, al hacer racional su estructura en la obligada incidencia con los Seguros sociales, ha arbitrado un método que no desdice de su tradicional generosidad, aunque limitando la percepción simultánea de las prestaciones de ambos regímenes a aquellos accidentados de más de sesenta años, que pueden cobrar a la vez la pensión de jubilación y la pensión del Seguro de Accidentes del Trabajo.

El Reglamento general del Mutualismo, al contemplar los casos de accidentes anteriores a su promulgación, parte no sólo de un absoluto respeto a los derechos adquiridos, sino de mejorar incluso los correspondientes a algunas situaciones.

Facilitamos a continuación un esquemático resumen de las prestaciones que por incapacidad y muerte conceden actualmente el régimen mutualista laboral y el Seguro de Accidentes del Trabajo. De su mera visión se desprende la necesidad de que este último aumente la cuantía de sus prestaciones; mientras no se produzca ese hecho, existirá en nuestra Seguridad Social una laguna tan considerable como injustificada.

PRESTACIONES

HECHO CAUSAL	SEGURO DE ACCIDENTES	MUTUALISMO LABORAL
Incapacidad absoluta...	75 por 100 del salario.	En las 32 ramas laborales en que actualmente se divide el Mutualismo, otorgan: tres entidades, el 50 por 100 del salario; trece, el 60; dos, el 65; siete, el 70, y siete, el 75.
Muerte:		
A la viuda...	37,50 por 100 del salario a la viuda sola; con hijos menores, el 75 por 100	Pensiones que oscilan entre el 33 y el 50 por 100 del salario.
A los huérfanos.	50 por 100 del salario si es uno; 75 por 100 si son varios	Generalmente, el 10 por 100 del salario cuando es orfandad absoluta; uno de los huérfanos cobra en idéntica cuantía que la pensión de viudedad, y los restantes, el 10 por 100.

Como es sabido, el Mutualismo Laboral concede asistencia sanitaria a todos sus pensionistas, lo cual supone una considerable estimación económica, que debe añadirse, *in mente*, a los porcentajes que se citan.

OSCAR CONTRERAS MARRÓN; *Previsión Social y cooperación*. — PREVISIÓN SOCIAL, núm. 4. — Ciudad Trujillo, enero-febrero 1955.

Reproducimos íntegramente este trabajo, que dice:

«La labor asistencial en la República Dominicana abarca hoy en día un dilatado campo, que va desde los Seguros de Enfermedad, Maternidad, Invalidez, Vejez y Muerte, hasta la formación de bibliotecas de obras, revistas y publicaciones en general relativas a Previsión Social. En la hora actual se aspira, con carácter permanente y como norma indeclinable, de suplicar y dotar en amplia medida, a las clases pobres y trabajadoras, de aquellos

servicios costosos y casi inaccesibles, que sólo se podían disfrutar y obtener con la ayuda de cuantiosos y estimables recursos pecuniarios, o al amparo y a la protección privadas a cargo de entidades particulares de asociación mutualista y benéfica.

Antiguamente, la protección esporádica, exigua y vergonzante no remediaba, en ningún caso, las necesidades más urgentes y perentorias de numerosos núcleos de población carentes de hogar, aquejados de enfermedades crónicas o de gentes desplazadas de sus puntos de origen, desorientada y sin empleo, que eran una rémora y una preocupación para las autoridades sanitarias y para la policía; también, y como secuela de la imprevisión, de la apatía o de la incuria de todos, se asistía al desalentador espectáculo de los menores desamparados, famélicos y degradados que erraban por calles, plazas y mercados a la busca de un menudrugo de pan seco o de una fruta; así como el cuadro patético de la mujer viuda, cargada de hijos, hacinados

en un fermento turgido, consumidos por el hambre, la desesperación y la impotencia. Se aliviaba momentáneamente una necesidad, se callaba el apetito; pero permanecía en pie la falta de ropa para cubrir la desnudez; se carecía de zapatos, de medicinas, de jabón, etc., y, lo que era peor, faltaba la esperanza animadora de cambio de fortuna o de mejoramiento sensible y permanente.

La caridad menuda, la filantropía de gentes piadosas, más sentimentales y emotivas que piadosas; los esfuerzos aislados de algunos propósitos y de su loable desinterés, no cumplían de manera radical los fines conducentes a la extirpación de la pobreza, la incuria y las calamidades sociales. Para conjurar estas lacras hacía falta el estudio científico y sistemático de los problemas que a diario se nos plantean en nuestra vida social; había que actuar desde sus orígenes para conocer sus causas y proceder con riguroso método, como procede el médico en la curación de las enfermedades que aquejan a sus pacientes. Sin una terapéutica adecuada, no se pueden conjurar las enfermedades sociales. Y esto es lo que en la actualidad se viene haciendo en nuestro país desde que las altas esferas del Gobierno, al encomendar esta función de vital importancia a probados especialistas en lo que hoy es una auténtica ciencia: la Ciencia Social. Procediendo así, hay que reconocer—como ya lo han reconocido sociólogos eminentes—que en las múltiples formas de administrar la asistencia social no pueden desconocerse sus modalidades, esencialmente pragmáticas y positivas, y que si encierran una filosofía de tipo filantrópico, tienden a corregir los defectos de nuestra estructuración actual, y que es al Estado al que, en definitiva, incumbe robustecer e intensificar una política social efectiva que corrija las irregularidades que

han prevalecido desde tiempo inmemorial.

La coordinación de lo concebido teóricamente por quienes han venido realizando pacientes estudios en el campo de la Economía y la Sociología, circunscritos en la esfera de lo social, y la realización práctica y eficiente de las tareas encomendadas por el Estado para llevar a feliz término los proyectos de mejoramiento social, responden a un programa de ilimitado alcance, que ha de ir gradualmente desarrollándose en beneficio de las clases trabajadoras, al amparo de una legislación social equitativa y humana.

En apoyo de nuestro aserto, será bueno tener en cuenta los Barrios de Mejoramiento Social existentes ya en Ciudad Trujillo, dotados de cómodas viviendas, alegres y sanas, accesibles al hombre de trabajo mediante pagos nada cuantiosos, que lo convierten en propietario en el término de diez años. Otras ciudades de nuestra República han visto también coronadas sus aspiraciones legítimas de mejoramiento y bienestar colectivos.

Y no es sólo en el aspecto de la vivienda del trabajador en lo que se ha progresado notablemente; no hay matiz que se haya omitido en el amplio plan que cubre la Previsión Social dominicana.

Para remediar otros sectores en el plan de asistencia pública, que responden a una necesidad digna de ser escrupulosamente atendida, han sido instaladas, y se desenvuelven normalmente, las Guarderías Infantiles, Estaciones para la distribución de leche a las madres y niños en el período postnatal y las Granjas-Escuelas.

Pero conjuntamente con lo que oficialmente se realiza en las esferas oficiales, cabe la cooperación, la aquiescencia, el estudio y la observación de estos problemas por parte de significados sectores de la opinión pública,

dignos de tener en cuenta por su capacidad, y que no pueden permanecer al margen de la campaña que se está efectuando, con incalculable alcance social, en nuestro país.

Se precisa una amplia y abierta cooperación ciudadana, no por impulso de blando sentimentalismo, sino por conveniencia de todos, solidaridad nacional, por justo reconocimiento de una necesidad imperativa que hay que cumplir sin restricciones injustas. Se necesita que los intelectuales, ya sean hombres de leyes, médicos, farmacéuticos, ingenieros, catedráticos, maestros, periodistas, formen filas con los industriales, empresarios, comerciantes y personas de reconocida sensibilidad, para coadyuvar con su asentimiento, con su simpatía propia y con su labor personal al éxito de esta empresa de renovación social, de tan reconocida trascendencia y de tonos humanos y justos.

Sólo así, dentro de un ambiente de comprensión de estos problemas, tan apasionantes y tan en primer plano en la hora actual del mundo, podrá desenvolverse de manera satisfactoria el programa de Previsión Social propugnado por el Generalísimo Trujillo y puntualmente seguido por la Secretaría de Estado del Ramo, y los frutos y beneficios que se obtengan se deberán al esfuerzo y trabajo de los elementos dirigentes de la Nación y a la cooperación altruista y bien intencionada da una parte de la opinión pública.»

JUAN TOHARIA CÁTEDRA: *La responsabilidad por el riesgo de silicosis.*— LEGISLACIÓN SOCIAL. — Madrid, agosto 1955.

En este artículo, el autor comenta diversas sentencias del Tribunal Supremo, que se contraen a la delimita-

ción de la responsabilidad patronal en determinados casos de enfermedades profesionales de sus trabajadores, y que, por su indudable interés, transcribimos a continuación:

«Las enfermedades profesionales quedan comprendidas, en nuestra legislación laboral, entre los riesgos a que pueden estar afectos los trabajadores. Y comprenden en la actualidad un régimen de previsión encuadrado en el denominado Seguro de Enfermedades Profesionales, con Caja especial e independiente.

Indiquemos, antes de exponer nuestro problema de este mes, una breve nota, resumen legislativo de la materia.

Ya en 13 de julio de 1936 quedó aprobada una Ley de Bases sobre Enfermedades Profesionales, Ley que, por tener ese carácter básico, precisaba un posterior desarrollo y detalle para su completa aplicación y vigencia.

Pasado el paréntesis de nuestra guerra de liberación, se vuelve sobre la materia, y antes del Decreto de 10 de enero de 1947, que regula en la actualidad este Seguro, se dictan disposiciones referidas de modo concreto a la enfermedad denominada silicosis; así, en 7 de marzo de 1941, se dictan normas sobre previsión de esta enfermedad; en 7 de septiembre, también en 1941, se establece su seguro, y en 26 de enero de 1944 se imponen obligaciones de aseguramiento de este riesgo a las Empresas. Otras disposiciones sobre silicosis son: el Decreto de 23 de diciembre de 1944, sobre el Seguro; la Orden de 19 de septiembre de 1945, sobre medidas de prevención en las industrias mineras; el Decreto de 24 de noviembre de 1945, otorgando los beneficios de subsidio familiar en los casos de baja por silicosis, y el Decreto de 11 de junio de 1948, sobre procedimiento para recla-

mación administrativa, en los casos de padecimiento de la enfermedad.

Como ya se ha apuntado, el Decreto de 10 de enero de 1947 establece el Seguro de Enfermedades Profesionales con 16 grupos de ellas, y la Orden de 19 de junio de 1949 establece su reglamento.

He aquí ahora nuestro problema: Un trabajador aquejado de silicosis de segundo grado, que le imposibilita para seguir ejerciendo su oficio. El proceso evolutivo de la enfermedad se remonta a unos quince años, durante los cuales había prestado servicios en distintas empresas y diferentes épocas y en cuyos periodos se le había ido produciendo el padecimiento.

Presentada reclamación ante la Magistratura del Trabajo, ésta declaró al demandante como afecto a una incapacidad permanente y total, condenando a las Empresas a las que había servido y a sus respectivas aseguradoras, a constituir en la Caja Nacional el capital suficiente para producir, en favor del enfermo, una renta vitalicia equivalente al 55 por 100 del salario que percibía.

Contra esa sentencia se dedujo recurso ante el Tribunal Supremo, invocando el artículo 11 de la Orden de 7 de marzo de 1941 (antes citada), y la Sala Quinta del Alto Tribunal casa la sentencia y dicta otra, por la que se condena a la última Empresa en que sirvió el trabajador demandante, o a la entidad aseguradora, a que constituya el capital para producir la renta antes expresada como indemnización.

En esta sentencia de 3 de marzo de 1955 se reitera el criterio del Tribunal Supremo, en cuanto a la responsabilidad de la Empresa o Empresas por el riesgo de silicosis de los trabajadores a su servicio, y se reitera en el sentido de que la disposición del artículo 11 de la Orden de 7 de marzo de 1941 establece que «la obligación de

indemnizar al obrero incapacitado por esta enfermedad profesional corresponde al patrono que le haya ocupado durante los doce meses anteriores a la declaración de la incapacidad, y si, durante ese período, hubiere trabajado en varias Empresas, la indemnización correrá a cargo de la última de ellas, la que podrá reclamar de la anterior o anteriores la parte proporcional de dicha indemnización».

Quiere decirse que la Empresa que viene obligada a indemnizar por el riesgo de la enfermedad de silicosis es aquella que ocupó al trabajador afectado durante los doce meses anteriores a la declaración de la incapacidad, aunque, en algún caso, si ciertamente similar al que ha quedado recogido, diferente, no obstante, por las circunstancias contempladas en el mismo, se haya resuelto que la Empresa a la que corresponde indemnizar es aquella a que sirvió el lesionado en ambiente o trabajo con riesgo de producción de esa enfermedad. Tal es el caso de la sentencia de 21 de marzo de 1955, en la que se confirma el fallo de una Magistratura que condenó a determinada Empresa a indemnizar a un trabajador silicótico, aunque, con posterioridad a los servicios prestados a aquélla, hubiere servido en otras, en las que el riesgo de silicosis era inexistente. Dice el Alto Tribunal que esta enfermedad—silicosis—sólo puede contraerse en trabajos desarrollados en ambiente pulvígeno con elementos patógenos que contienen sílice, y que exigen un proceso morboso que degenera en la fibrosis pulmonar, llamada silicosis; y que con los habituales trabajos de construcción, como manejo de yeso, cemento, etc.—actividades en que trabajó el enfermo después de su servicio en las ya citadas—, nunca ha lugar a silicosis, por las condiciones físicoquímicas de los materiales utilizados y por el ambiente en que

se elaboran, por lo que confirmó el fallo que condenaba a la Empresa en la que el riesgo existía realmente.

En definitiva, y lo más importante a destacar en la cuestión que ocupa nuestro comentario, lo que resulta cierto y terminante es que la responsabilidad, la obligación de indemnizar corresponde a la última Empresa que ocupare al trabajador en el período comprendido durante los doce meses anteriores a la declaración de su incapacidad, según precepto del artículo 11 de la Orden de 7 de marzo de 1941.

Y, por otra parte, es también muy importante hacer notar, como tiene declarado el Tribunal Supremo, que esta dolencia, silicosis, está sujeta en

el terreno legal, por un lado, a la legislación general sobre accidentes del trabajo, y, por otro, a la especial sobre su seguro, pues, ante todo, es, en uno y otro caso, un accidente de trabajo, comprendido en el concepto genérico del artículo 1.º de la Ley, ya que se trata de una lesión o daño corporal sufrida con ocasión o por consecuencia del trabajo prestado por cuenta ajena.

Por último, adviértase que son muchos más los problemas y dudas a que habría lugar en el estudio de esta cuestión; pero baste por hoy con lo apuntado, en el que se examina el que sirve de epígrafe a nuestras líneas.»

DE OTROS PAISES

MLLE. THRO: *Una experiencia del servicio social de prevención realizada por la Unión Departamental de las Asociaciones Familiares del Norte.*—**INFORMACIONES SOCIALES.**—París, junio 1955.

La autora, señorita Thro, Asistente Social, empieza su artículo recordando que el servicio de asistencia a que pertenece ha sido creado con objeto de evitar la rotura de los lazos familiares.

Nuestro primer objeto, dice, ha sido

llegar hasta las familias deficientes, cuya negligencia hacia los hijos era de tal naturaleza que tenía que provocar la intervención de la justicia con sus sanciones provisionales: retirada o anulación total o parcial de los derechos de los padres.

Además, en algunos casos, la causa de los conflictos entre padres e hijos era la desavenencia conyugal, y la autora, en una estadística que publica de 36 casos examinados, desde el 15 de enero de 1954 al 30 del mismo mes en 1955, encuentra que:

A. Familias deficientes, hijos mal cuidados	10
B. Conflictos conyugales	10
C. Ayuda social para las dificultades características de niños y adolescentes (conflictos entre padres e hijos)	10
D. Ayuda social para casos complejos de adultos	6

Para dar a conocer nuestro servicio, hemos entrado en contacto con los servicios sociales y con el Tribunal de Menores. Como medida de prudencia no se ha hecho propaganda, pero los mismos interesados se han presentado en la Casa de Familia para solicitar ayuda.

En la aplicación de los métodos empleados, la asistencia tiende esencialmente a ayudar a la persona inadaptada a modificar sus costumbres, su manera de ser, que es la que suele ser la fuente de sus conflictos, estableciendo con ella una relación personal de confianza.

Viéndose comprendida, esta persona siente que ya no está sola para llevar el peso de sus preocupaciones y está dispuesta a ser mejor y a tomar la mejor solución práctica. Poco a poco, su fuerza aumenta, permitiéndole perseverar en su esfuerzo de enderezamiento. Las entrevistas con la asistente deberán ser periódicas, y si ésta sigue las normas que se le han indicado, serán un método de reeducación fecunda.

A continuación, la autora expone varios casos de conflictos familiares en los que ha tenido que intervenir la asistente social. Explica cómo, a petición de los mismos interesados, ha tenido varias entrevistas con los padres y ha logrado trabajo para el cabeza de familia. Aconsejando a la madre, ha hecho que ésta se corrigiera de su alcoholismo y se ocupara de sus hijos. Poco a poco, ha ido obteniendo resultados que no se esperaban al principio.

Otro caso es el de una joven de dieciséis años, que ha confiado el Tribunal de Menores a la protección social y que los consejos de la asistente social vuelven al buen camino.

Expone otros casos referentes a la ayuda prestada a las familias para dar a los hijos una preparación suficien-

te. En estos casos, se buscan colocaciones adecuadas y se han obtenido también resultados satisfactorios.

Se ve, con otros ejemplos, el éxito que han tenido las asistencias sociales en la lucha contra el divorcio y contra el alcoholismo, logrando, después de varias entrevistas, la unión de familias que se encontraban en situaciones verdaderamente angustiosas.

DR. FERDINAND REICHEL: *El seguro social en China*.—DEUTSCHE VERSICHERUNGSZEITSCHRIFT, núm. 2.—Berlin-Munich, febrero 1955.

En la revista alemana indicada, el Dr. Reichel reproduce un Informe recibido de Hong-Kong sobre el seguro social chino, informe que transcribimos a continuación para conocimiento de nuestros lectores.

ACCIDENTES DEL TRABAJO E INCAPACIDAD LABORAL

Cuando un trabajador ha sufrido un accidente de trabajo, recibe asistencia de hospitalización en un centro sanitario de la Empresa o en un hospital especialmente destinado a estos fines, corriendo todos los gastos a cargo de la Empresa. El interesado sigue cobrando su retribución en toda su cuantía. Si ha perdido su capacidad laboral a consecuencia de un accidente de trabajo en la Empresa, tiene derecho a una pensión de invalidez por valor del 60 al 75 por 100 del salario que venía percibiendo. Si la pérdida de capacidad es parcial, se le asignará un trabajo más sencillo y percibirá una renta menor.

ENFERMEDAD Y DEMÁS LESIONES

Cuando se trate de enfermedad y otras lesiones que no sean producidas

por accidente de trabajo, correrán también a cargo de la Empresa los gastos de tratamiento médico y medicamentos, así como los de hospitalización. Si el paciente se encuentra en situación económica deficiente, se le abonarán también los demás gastos que se le originen con motivo de su enfermedad. Durante seis meses percibirá el enfermo del 60 al 100 por 100 de su salario, según el período de tiempo que haya estado trabajando en la Empresa. Tratándose de enfermedades de más larga duración, se abonará al enfermo del 40 al 60 por 100 de su salario.

La Empresa correrá también parcialmente a cargo de los gastos que se originen por enfermedad de los familiares del asegurado que no se hallen trabajando en virtud de contrato laboral.

FALLECIMIENTO

Si el trabajador fallece a consecuencia de accidente de trabajo, la Empresa deberá abonar los gastos de sepelio, además de la pensión de supervivencia, que deberá ser mensual y en la cuantía equivalente al 25-50 por 100 del salario del causahabiente. La pensión se abonará hasta tanto que los derechohabientes puedan ganarse el sustento por sí mismos. Iguales gastos correrán a cargo de la Empresa cuando sea otra la causa del fallecimiento.

PENSIÓN DE VEJEZ

El trabajador que cumpla los sesenta años de edad, habiendo trabajado durante veinticinco años y haya estado ocupado durante cinco en la misma Empresa, tendrá derecho a una pensión por valor del 50 al 70 por 100 de su salario, según el período mayor o menor de ocupación en la Empresa

correspondiente. Respecto a las trabajadoras, el límite de edad para tener derecho a la pensión será la de cincuenta y cinco años, y veinte de actividad laboral.

MATERNIDAD

Las trabajadoras tendrán derecho a un descanso antes y después del alumbramiento, por un período total de cincuenta y seis días, durante los cuales seguirán percibiendo íntegramente su retribución. Los gastos de tratamiento médico hasta la fecha del alumbramiento y los que origine éste, correrán también a cargo de la Empresa. Al nacer el hijo, la madre tendrá derecho a una indemnización de 40.000 yuan, indemnización que podrán acreditar tanto las trabajadoras de la Empresa, como las esposas de los asegurados.

INSTITUCIONES SOCIALES

Todos los trabajadores tienen a su disposición las instituciones mantenidas por el seguro social, tales como sanatorios, hogares de recreo, asilos de ancianos y de inválidos, orfelinatos, etc.

O. I. T.: *Resultados financieros de la aplicación de la legislación de Seguridad Social en Argelia.*—REVISTA INTERNACIONAL DEL TRABAJO.—Ginebra, julio 1955.

El análisis siguiente corresponde al régimen que entró en vigor el 10 de junio de 1949, y afecta a las ramas de seguro social, accidentes del trabajo, seguro de vejez y prestaciones familiares.

REGIMEN NO AGRICOLA

SEGUROS SOCIALES

Alcance.

El régimen general de seguros sociales comprende los seguros de enfermedad, de enfermedad prolongada, de invalidez y muerte, y también las prestaciones de maternidad. Este régimen se aplica a los trabajadores asalariados de las profesiones no agrícolas, con excepción de los que dependen de regímenes especiales con autonomía financiera, como los funcionarios, los estudiantes, los mineros, etc.

Ingresos.

Los principales recursos consisten en las cotizaciones de los empleadores y de los asegurados, fijadas a base del salario, con un límite superior de 456.000 francos al año, a razón de 5,50 por 100 hasta junio de 1953, fecha en que fué reducido a 5 este porcentaje por las decisiones números 58-020 y siguientes, que introdujeron un régimen de seguro de vejez en Argelia y fijaron el tipo de cotización que había de servir de base financiera del seguro de vejez en 0,50 por 100 del salario. Una cotización suplementaria de hasta 1 por 100 del salario se destina a sufragar los gastos de administración. El total de ingresos se elevó, en 1953, a 5.443 millones de francos, y en los nueve primeros meses de 1954, a 4.088 millones de francos.

Egresos.

Seguro de enfermedad.—El seguro de enfermedad cubre, en favor del asegurado y de su familia, los gastos médicos, farmacéuticos, quirúrgicos, de hospitalización, de análisis en laboratorio; el reembolso de los gas-

tos de dentista y de prótesis, de aparatos ortopédicos y ópticos, de curas termales, así como el pago al asegurado que no pueda continuar o reanudar su trabajo, de un subsidio diario igual a la mitad de su ganancia o remuneración diaria de base, sin que pueda exceder de la sexagésima parte de la remuneración mensual en que se basa el cálculo de las cotizaciones. La duración máxima de las prestaciones se ha fijado en seis meses a contar desde la primera consulta médica. El total de pagos efectuados por el seguro de enfermedad ascendió, en 1953, a 2.534 millones de francos, comprendiendo 291 millones de francos de prestaciones en especie. En los nueve primeros meses del año 1954, la cifra correspondiente fué de 2.162 millones de francos, comprendiendo 211 millones de francos de subsidios diarios y 1.951 millones de francos de prestaciones en especie.

Los subsidios diarios constituyen un elemento relativamente estable del seguro de enfermedad, como se deduce del promedio trimestral de 1953 y 1954 (73 millones de francos en 1953 y 70 millones de francos en 1954).

La carga de las prestaciones en especie por trabajador tiende a aumentar en proporción casi constante en lo que se refiere a los gastos médicos, quirúrgicos, de dentista y prótesis, creciendo más especialmente en los gastos farmacéuticos y, sobre todo, los de hospitalización. Es imputable esta elevación, ante todo, al mayor número de beneficiarios y al más frecuente recurso a las prestaciones por los asegurados, así como al encarecimiento de la asistencia que resulta de la creciente complejidad de la terapéutica moderna. El cuadro I da la repartición de los gastos entre las diversas clases de prestaciones.

Seguro de enfermedad de larga duración.—Comprende las afecciones tu-

berculosas y cancerosas; la diabetes y la poliomielitis, desde 1952, así como las enfermedades cardíacas, desde el 1.º de abril de 1954.

Este seguro cubre, en favor del asegurado y de su familia, los gastos de toda índole necesarios para la curación del enfermo, según las normas porque se rige todo seguro de enfermedad, y el pago de una asignación mensual al asegurado que haya tenido que interrumpir su trabajo. Los gastos de los nueve primeros meses de 1954, se elevaron a 411 millones de francos, con un aumento notable sobre los del año 1953 (327 millones). Los gastos de hospitalización son los más importantes, pues representan, por sí solos, 0,306 por 100 de los salarios, siendo de 0,423 por 100 la carga de base del total de prestaciones en especie. La proporción de prestaciones en dinero del total de las prestaciones, es mayor en el seguro de enfermedad prolongada que en el seguro de enfermedad (157 millones de un total de 411 millones). La elevación de esta carga se debe principalmente a la tuberculosis. En 1953, los gastos totales del seguro de enfermedad prolongada

ascendieron a 327 millones de francos, comprendiendo 154 millones de asignaciones mensuales. El cuadro II da el total de gastos de cada clase de prestaciones.

Seguro de invalidez.—El seguro de invalidez se rige por la decisión número 49-045 de la Asamblea de Argelia, cuyas modalidades de aplicación han sido fijadas por una orden del 3 de julio de 1950, modificada y completada después por varios textos.

Los gastos del seguro de invalidez comprenden el pago de pensiones de invalidez a los asegurados cuya capacidad de trabajo sufra una reducción de dos tercios.

Las pensiones son iguales al 30, 40 ó 50 por 100 del salario medio, hasta el límite máximo alcanzado en los últimos tres años que precedan al primer reconocimiento médico de la invalidez, según que el inválido: 1) sea capaz de ejercer una actividad remunerada; 2) sea absolutamente incapaz de ejercer una profesión, ó 3) esté obligado a recurrir a la ayuda de tercera persona en los actos corrientes de la vida.

CUADRO I.—Egresos del Seguro de Enfermedad, en cifras absolutas y en porcentajes de los salarios
(En miles de francos) (1)

	1951		1952		1953		1954	
	Cantidad	Porcentaje de los salarios	Cantidad	Porcentaje de los salarios	Cantidad	Porcentaje de los salarios	Cantidad	Porcentaje de los salarios
PRESTACIONES								
Gastos de asistencia médica	195.403	0,321	276.166	0,375	374.693	0,484	306.473	0,511
Gastos quirúrgicos	91.362	0,150	160.013	0,215	233.916	0,302	197.474	0,329
Gastos farmacéuticos, de análisis y de laboratorio	371.624	0,611	653.002	0,876	762.001	0,985	624.998	1,042
Dentista y prótesis	18.448	0,031	43.337	0,053	55.820	0,072	48.155	0,080
Ortopedia y óptica	—	—	—	—	22.518	0,029	21.048	0,035
Gastos de hospitalización:								
Hospitales	169.668	0,214	631.049	0,847	791.353	1,022	99.244	0,165
Clinicas privadas	—	—	—	—	—	—	61.304	0,102
Honorarios a médicos de hospitales	17.096	0,028	15.887	0,021	3.019	0,004	756	0,001
Varios	—	—	—	—	—	—	365	0,000
Pensiones de vejez	863.601	1,428	1.782.454	2,392	2.243.322	2,898	1.951.183	3,251
Total prestaciones en especie	130.298	0,214	811.547	0,284	291.155	0,376	210.600	0,351
Asignaciones diarias	993.899	1,634	1.994.001	2,676	2.534.477	3,274	2.161.783	3,602
TOTAL								

(1) Como se han redondeado las cifras, sus sumas pueden no coincidir con los totales indicados.

CUADRO II.—Egresos del Seguro de Enfermedad prolongada, en cifras absolutas y en porcentaje de los salarios
(En miles de francos) (1)

	Del 6 de septiembre de 1952 al 31 de diciembre de 1952		1953		Del 1.º de enero de 1954 al 30 de septiembre de 1954	
	Cantidad	Porcentaje de los salarios	Cantidad	Porcentaje de los salarios	Cantidad	Porcentaje de los salarios
PRESTACIONES						
Gastos de asistencia médica	466	0,0006	11.274	0,011	13.364	0,022
Gastos quirúrgicos	1.449	0,0019	33.417	0,044	34.364	0,057
Dentista y prótesis	—	—	3	0,000	28	0,000
Ortopedia y óptica	—	—	47	0,000	30	0,000
Gastos farmacéuticos, de análisis y de laboratorio...	1.306	0,0017	22.307	0,029	23.019	0,038
Gastos de hospitalización:						
Hospitales	4.253	0,0057	105.641	0,137	157.096	0,262
Clinicas privadas	—	—	—	—	19.145	0,032
Honorarios a médicos de hospitales	—	—	—	—	7.071	0,012
Varios	12	0,0000	76	0,000	63	0,000
Total prestaciones en especie	7.486	0,0099	172.765	0,221	254.180	0,423
Asignaciones diarias	9.809	0,0132	154.263	0,199	156.537	0,261
TOTAL	17.295	0,0231	327.027	0,420	410.717	0,684

(1) Como se han redondeado las cifras, sus sumas pueden no coincidir con los totales indicados.

La disminución de los gastos observada en 1953 se debió a la creación del seguro de enfermedad prolongada y a la inclusión en esta nueva rama

de gran número de asegurados considerados hasta entonces como inválidos.

CUADRO III.—Egresos del seguro de invalidez, en cifras absolutas y en porcentaje de los salarios (En miles de francos)

AÑOS	Cantidad	Porcentaje de los salarios
1951	16.208	0,026
1952	63.374	0,086
1953	59.018	0,075
1954 (9 meses)	60.341	0,100

Seguro de maternidad.—Los gastos del seguro de maternidad comprenden tanto el alzado de los gastos médicos y farmacéuticos y el 80 por 100 de los gastos de estancia en maternidad u hospital durante un período máximo de catorce días, que ha sido reducido a diez días por la decisión número 54-031, así como el pago de un subsidio diario de maternidad a la asegurada que cesa por completo en su trabajo durante ocho semanas como máximo. Los gastos del seguro de maternidad acusaron un aumento considerable en 1951 y 1952. Parecen haberse estabilizado en 1953 y en 1954 en cerca de 50 millones por trimestre. El cuadro IV da la repartición de los gastos del seguro de maternidad entre las diversas prestaciones.

Seguro de muerte.—Los gastos del seguro de muerte comprenden el pago a los derechohabientes del asegurado fallecido de una suma global de 90 veces la ganancia diaria de base del difunto. Este seguro constituye un elemento relativamente fijo y mesurable dentro del régimen. Desde 1952 parece haberse alcanzado el nivel de estabilización de los gastos de este seguro: 61 millones en 1952, o sea, 0,082 por 100 de los salarios declarados; 67 millones en 1953, o sea, 0,087 por 100,

y 48 millones en los tres primeros trimestres de 1954, o sea, 0,081 por 100.

El cuadro V da los totales anuales de gastos de este seguro y el porcentaje que representan los salarios.

Acción sanitaria y social.—La Caja central de seguros sociales administra el fondo de acción sanitaria y social, sostenido con una subvención a cargo de la recaudación de las cotizaciones de seguros sociales para la aplicación del programa de conjunto adoptado por el Gobernador general. El programa de 1952 concedió un total de 850 millones para la lucha contra la tuberculosis y contra el cáncer y para la creación de clínicas de maternidad. Los programas de 1953 y 1954 continuaron sosteniendo la lucha contra la tuberculosis, y concedieron socorros a las víctimas de la catástrofe de Orleansville.

SEGURO DE VEJEZ

El régimen del seguro de vejez se instituyó por la decisión número 53-020 de la Asamblea de Argelia y entró en vigor el 1.º de abril de 1953. Las condiciones de aplicación fueron fijadas por una orden del 22 de mayo de 1953.

CUADRO IV.—Egresos del Seguro de Maternidad, en cifras absolutas y en porcentaje de los salarios

(En miles de francos) (1)

	1951		1952		1953		1954 (9 meses)	
	Cantidad	Porcentaje de los salarios	Cantidad	Porcentaje de los salarios	Cantidad	Porcentaje de los salarios	Cantidad	Porcentaje de los salarios
PRESTACIONES	15.112 partos		17.024 partos		18.398 partos		12.448 partos	
Gastos del parto	93.689	0,154	108.018	0,145	140.571	0,181	95.016	0,158
Estancia en una maternidad	—	—	3.931	0,005	43.678	0,057	38.609	0,064
Subsidios diarios	5.864	0,009	10.385	0,014	18.225	0,023	16.357	0,027
Honorarios a médicos	—	—	—	—	—	—	3.300	0,006
TOTAL	99.553	0,163	122.334	0,164	202.474	0,261	153.282	0,255

(1) Como se han redondeado las cifras, sus sumas pueden no coincidir con los totales indicados.

CUADRO V.—Egresos del seguro de muerte, en cifras absolutas y en porcentaje de los salarios

AÑOS	Número de defunciones	Cantidad (miles de francos)	Porcentaje de los salarios
1950	250	12.378	0,049
1951	946	46.626	0,076
1952	1.081	60.941	0,082
1953	1.123	67.425	0,087
1954 (9 meses)	767	48.768	0,081

Ingresos.

Hasta el 1.º de abril de 1954, el seguro de vejez se sostenía con las subvenciones concedidas por el fondo argelino de seguros sociales, pero desde esta fecha le es atribuida una cotización de 1,50 por 100 del salario, como máximo, que pagan a medias el empleador y el asegurado.

Egresos.

Las pensiones de vejez se calculan en función del promedio anual del salario ganado en los diez últimos años y del número de años que ha estado asegurado o asalariado el interesado, sin que puedan ser menos de diez. La pensión se determina multiplicando

por 1,33 el salario anual, y el resultado por los años de trabajo o de seguro. No puede ser superior al 40 por 100 del máximo del salario anual que sirva de base para el cálculo de las cotizaciones, ni inferior a dos tercios del salario mínimo interprofesional garantizado.

A partir del 1.º de abril de 1953, el seguro de vejez tiene a su cargo el pago de subsidios a los trabajadores asalariados de edad avanzada. Las pensiones de vejez han sido instituidas en la misma fecha y no han empezado a pagarse hasta el cuarto trimestre de 1953.

El cuadro VI presenta, por separado, los subsidios pagados a los trabajadores asalariados de edad avanzada, y las pensiones de vejez.

CUADRO VI.—Egresos del seguro de vejez, en cifras absolutas y en porcentaje de los salarios (En miles de francos)

AÑOS	Subsidios pagados a los trabajadores asalariados de edad avanzada		Pensiones de vejez		Gastos totales del régimen	
	Cantidad	Porcentaje de los salarios	Cantidad	Porcentaje de los salarios	Cantidad	Porcentaje de los salarios
1953	311.436	0,402	5.108	0,006	316.543	0,408
1954	220.523	0,367	269.767	0,449	430.310	0,817

ASIGNACIONES FAMILIARES

La introducción de las asignaciones familiares en Argelia, data de 1941;

el régimen ha sido reglamentado por numerosos textos legales.

Se aplica al conjunto de los asalariados de las profesiones no agrícolas,

a los cuales se agregaron, en 1952, los gerentes y directores de sociedades comerciales y, en 1953, los viajeros, representantes y corredores de comercio, así como el personal del servicio doméstico y los marinos pescadores.

El cuadro VII da el promedio de asalariados declarados a las Cajas y la masa total de salarios en que se basa el cálculo de las cotizaciones.

Ingresos.

Los empleadores de toda empresa sujeta a la reglamentación están obliga-

dos a afiliarse a una de las Cajas aprobadas para el pago de las asignaciones familiares y el reparto de las cargas entre los adheridos. Sus cotizaciones son fijadas trimestralmente por cada órgano, habida cuenta de sus propias cargas y del promedio general del coeficiente de compensación de asignaciones familiares de Argelia, a la que están obligatoriamente afiliados las Cajas y los servicios particulares. Este coeficiente de compensación es determinado por la relación aritmética entre el total de salarios declarados en un trimestre dado.

CUADRO VII.—Promedio de asalariados y total global de salarios

AÑOS	Promedio de asalariados	Total global de salarios declarados (Millones de francos)
1950	315.474	41.715
1951	373.884	57.224
1952	431.216	78.309
1953	384.640	71.477

Egresos.

Las asignaciones familiares se pagan a partir del primer hijo a cargo: hijo, hijastro, hijo adoptivo, hijo natural reconocido, así como los niños recogidos y bajo tutela. Por cada niño a cargo, las asignaciones familiares se componen de un porcentaje de los salarios, fijado en 15 por 100 por una Orden del 13 de febrero de 1951, con

un límite superior de 16.000 francos por mes. A partir de esta cifra, las asignaciones familiares quedan fijadas uniformemente en 2.400 francos por hijo y por mes, cualquiera que sea el importe del salario. Además, desde 1950 se paga una asignación excepcional por asistencia a la escuela.

El total de asignaciones pagadas ha progresado constantemente desde 1947, como puede verse en el cuadro VIII.

CUADRO VIII.—Total de asignaciones pagadas por cargas de familia
(En millones de francos)

AÑOS	Asignaciones	AÑOS	Asignaciones
1947	1.599	1951	8.638
1948	2.956	1952	12.011
1949	4.798	1953	10.908 (1)
1950	5.686		

(1) Sin contar 1.690 millones de francos pagados por el Fondo de Solidaridad.

ACCIDENTES DEL TRABAJO

La indemnización de los accidentes del trabajo no forma parte del sistema general de seguridad social y continúa rigiéndose por la Ley francesa del 9 de abril de 1898, que se hizo extensiva a Argelia por la Ley del 25 de septiembre de 1919, así como por otros textos aplicables a la sazón. El carácter personal y directo de la responsabilidad del empleador subsiste; sin embargo, el seguro contra los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales ha sido declarado obligatorio. Por leyes posteriores se ha procurado equiparar a los trabajadores argelinos con los franceses, en cuanto a la indemnización de los accidentes del trabajo. La Ley del 2 de septiembre de 1954 tiende a revalorizar las indemnizaciones debidas por los accidentes del trabajo y eleva a 276.000 francos el salario anual que sirve de base para el cálculo de la pensión mínima. Las estadísticas de los accidentes del trabajo de Argelia, basadas en los informes dados por las autoridades judiciales, indican que los accidentes del trabajo fueron 32.060 en 1952, y 73.539 en 1953, habiendo ocurrido 65.000 de ellos en el sector no agrícola. Este aumento se debe a una mejora de los métodos de compilación estadística más que a una extensión de los accidentes.

REGIMEN AGRICOLA

SEGUROS SOCIALES Y SUBSIDIOS A LOS
TRABAJADORES ASALARIADOS DE EDAD
AVANZADA

El seguro social fué organizado en el sector agrícola por decisión de la

Asamblea de Argelia (núm. 49-064). Este régimen cubre los tratamientos quirúrgicos y los riesgos de invalidez, muerte y maternidad, así como los gastos del subsidio a los trabajadores asalariados de edad avanzada. Además, prevé la organización de la asistencia médica en dispensarios, en favor de los asegurados sociales agrícolas y de su familia, como parte integrante de la acción sanitaria y social. La organización del régimen agrícola de seguros sociales agrícolas, regidas por la Ley del 4 de julio de 1900. El número de empleadores matriculados en ellas era de 14.835, en 30 de septiembre de 1954 (14.046 en 1953), con un aumento de 5,5 por 100, mientras que el de asalariados asegurados se elevó, en 1954, a 170.840 (133.704 en 1953), con un aumento de 27 por 100.

Ingresos.

La creación y la administración de las Cajas se confían a los propios interesados de la profesión. El financiamiento del régimen depende, en parte, de los impuestos. Las cargas se cubren con un recargo de los impuestos y las cotizaciones de patronos y obreros en las explotaciones agrícolas, ocupen o no a un personal asalariado, y en las empresas agrícolas, con una cotización patronal de 2 por 100 de los salarios pagados, con un límite de 408.000 francos al año por asalariado. El cuadro IX muestra la evolución de los diversos ingresos desde el 1.º de julio de 1950.

CUADRO IX.—Ingresos del régimen agrícola (En miles de francos)

AÑOS	Recaudación de los recargos de impuestos	Doble cotización obrero-patronal	Cotizaciones de las empresas agrícolas
1950	489.508	92.937	2.763
1951	382.072	99.730	27.474
1952	364.072	95.607	46.083
1953	351.570	106.030	58.356
1954 (1)	261.885	128.159 (2)	67.275

(1) Hasta el 30 de septiembre.

(2) Estas cifras representan el total en 1.º de julio de 1954, con los pagos hechos por los nuevos asegurados desde el 1.º de enero de 1954 hasta el 30 de junio de 1954.

Egresos.

Las cargas del régimen agrícola comprenden:

1) Las prestaciones (las de acción sanitaria y social y los gastos del control médico, inclusive).

2) La asistencia médica a los asegurados.

3) El fondo social.

4) Gastos de administración.

El cuadro X indica el total de gastos de cada rama o clase de prestaciones.

CUADRO X.—Egresos del régimen agrícola de seguros sociales

(En miles de francos)

PRESTACIONES	1950	1951	1952	1953
Maternidad:				
Prestaciones legales, acción sanitaria y social	1.897	10.412	10.609	13.072
Cirugía:				
Prestaciones legales, acción sanitaria y social, fondo social	335	4.526	15.051	20.453
Muerte:				
Prestaciones legales, acción sanitaria y social	335	5.134	7.182	8.670
Invalidez:				
Prestaciones legales, acción sanitaria y social	—	793	4.782	10.732
Subsidios a los asalariados de edad avanzada:				
Prestaciones legales, acción sanitaria y social	—	—	2.838	25.692

ASIGNACIONES FAMILIARES

La Caja mutua agrícola de acción social, creada en mayo de 1946, comprende una rama de «asignaciones fa-

miliares», encargada de la compensación de las asignaciones familiares pagadas libremente por las Cajas de crédito de las mutualidades agrícolas cooperativas y por algunas empresas

agrícolas. Las prestaciones se fijan y conceden en las condiciones y la cuantía previstas por la legislación en vigor en las profesiones agrícolas.

Los 190 empleadores afiliados se reparten en dos secciones: sección general (crédito, seguro, cooperación) y sección de «establecimientos agrícolas». La cotización se fija actualmente en la sección general en un 10 por 100 de los salarios declarados, y en un 14 por 100 en la sección de «establecimientos agrícolas».

El total de asignaciones familiares pagadas ascendió a 76 millones de francos en 1953, y a cerca de 77 millones en 1954.

ACCIDENTES DEL TRABAJO

La extensión a las explotaciones agrícolas en general, de la aplicación de la Ley del 9 de abril de 1898, data de 1922. En virtud de diversos textos legales—entre ellos, las leyes del 17 de agosto de 1950, del 25 de julio de 1952 y del 2 de septiembre de 1954, por las que se han revalorizado las indemnizaciones—, se ha mantenido, desde entonces, el paralelismo entre el sector agrícola y el sector no agrícola.

Según las estadísticas compiladas a base de las declaraciones de los accidentes del trabajo, entre el 1.º de enero y el 30 de septiembre de 1954, hubo 6.643 accidentes, que causaron la muerte de 42 obreros.

DR. SABURO SHIRASUGI: *El Seguro y la Seguridad Social en el Japón*.—DEUTSCHE VERSICHERUNGSZEITSCHRIFT, números 1 y 2.—Berlín y Munich, enero-febrero 1955.

En las citadas revistas alemanas, el Dr. Shirasugi hace una amplia exposición de las características del Seguro

de Paro y del Seguro Marítimo (social) en el Japón. Refleja también algunas estadísticas, sobre todo el Seguro social existente, amén del Plan de Seguridad Social presentado recientemente al Gobierno para su futura implantación. Reproducimos a continuación los artículos de referencia, íntegra y textualmente traducidos.

SEGURO DE PARO

A. Entidad aseguradora: el Estado.

B. Asegurados.

I. Quedan sujetos a la obligatoriedad del Seguro:

- a) los trabajadores de empresas que ocupen más de cinco personas;
- b) los trabajadores empleados en oficinas de personas jurídicas que ocupen más de cinco personas;
- c) los trabajadores de empresas estatales, de distrito y municipales, a menos que tengan derecho a prestaciones superiores a las que señala el Seguro de Paro.

Del apartado a) quedan exceptuados los que trabajen en determinadas profesiones, tales como la agricultura y la selvicultura, cría de ganados, enseñanza e investigación, asistencia sanitaria, sanidad en general y previsión social.

II. *Seguro voluntario*.—Los trabajadores que no se hallen incluidos en las disposiciones a que se refiere el número I, podrán asegurarse conjuntamente, siempre que esté de acuerdo, al menos, el 50 por 100 de los que pertenezcan a la misma empresa. Los trabajadores de temporada, los que se hallen en período de prueba y los eventuales, los afiliados al Seguro Marítimo y los de empresas sin residencia fija (a excepción del ramo de la construcción), quedarán asimismo exentos de la obligatoriedad del Seguro. En

determinadas circunstancias, los trabajadores por días quedarán también sujetos a la obligatoriedad del Seguro.

C. Prestaciones.

Tendrán derecho las personas que cumplan las condiciones siguientes:

1.º Que hayan terminado una relación laboral y no encuentren otro trabajo, a pesar de desear y estar capacitados para trabajar.

2.º Que hayan cubierto el período de espera exigido. Este período se considera cubierto cuando el parado hubiera estado trabajando, al menos, durante seis meses en el plazo de un año.

3.º Que haya sido reconocido su carácter de parado por el Instituto público de Paro Forzoso.

4.º Que haya cubierto un período de carencia de seis días. En principio, el parado tendrá que presentarse dos veces a la semana al mencionado Instituto de Paro.

El subsidio equivale fundamentalmente al 60 por 100 de la retribución diaria del asegurado. Respecto a la cuantía del subsidio, se han establecido 30 clases, ateniéndose a la retribución diaria, para lo cual habrá que tener en cuenta la retribución media percibida en los últimos 180 días. En cada clase, la cuantía del subsidio se rige por el índice de salarios (sistema variable), es decir, varía según que el promedio de salarios de los trabajadores industriales aumente o disminuya en proporción superior al 20 por 100.

La duración del subsidio será de 180 días, a lo sumo, dentro de un mismo año. El subsidio se reducirá cuando el asegurado perciba por otros conceptos o tenga ingresos superiores a los que suponga el subsidio.

Si el interesado rehusa injustificadamente un trabajo, dejará de percibir el subsidio durante un mes; si es

despedido por su culpa o si ha cesado voluntariamente en su trabajo sin motivo justificado, se podrá suspender el abono del subsidio durante dos meses. En principio, el subsidio se abonará por semanas vencidas.

D. Recursos.

El Estado aportará la tercera parte de los gastos que supongan las prestaciones y correrá a cargo de los gastos de administración. El tipo de cotización es el de 1,6 por 100. La cotización se abonará por mitad entre patronos y trabajadores. Existen 30 clases de salarios mensuales, hasta 30.000 yens, y en cada clase se tomará, para el cálculo de la cotización, un salario unitario.

E. Trabajadores por días.

Se consideran como tales los que estén ocupados por días o durante un período de hasta treinta días en un mes, a no ser que trabajen con el mismo patrono más de dieciocho días en cada uno de los dos últimos meses, o más de sesenta días dentro de los últimos seis meses.

Tendrá derecho al subsidio de paro todo el que haya cubierto, al menos, veinte días de cotización en los últimos dos meses del calendario. El parado deberá presentarse diariamente al Instituto de Paro. Para la clase I, el subsidio asciende a 140 yens, y para la II, a 90 yens. Se abonará durante trece días, comprendidos dentro de un mes, siempre que se hayan cubierto veintiocho días de cotización. Por cada cuatro días más de cotización, se añadirá un día, hasta un máximo de diecisiete. La cuantía de la cotización será diferente, a tenor del importe de la retribución que se haya percibido.

Clase I.—Para un salario diario mayor de 160 yens: cotización de 6 yens diarios, por mitad entre patrono y obrero.

Clase II.—Para un salario diario de hasta 160 yens: cotización de 5 yens diarios, tres a cargo del asegurado y dos a cargo del patrono.

Si las cotizaciones de la clase I alcanzan un mínimo de veintiocho días, el subsidio se concederá atendiendo a esta clase, pues, de lo contrario, se concederá por la clase II.

SEGURO MARÍTIMO

Este Seguro ocupa un lugar especial dentro del Seguro Social japonés, toda vez que en cierto modo es un pequeño reflejo de todo el régimen de dicho Seguro: comprende en sí mismo el Seguro de Enfermedad, Accidentes, Pensiones y Paro Forzoso.

A. Entidad Aseguradora: el Estado.

B. Asegurados.

I. Quedan sujetos al Seguro obligatoriamente los que, teniendo el concepto de marinos, conforme a la Ley de Marina, sean ocupados por un armador.

II. Podrán continuar voluntariamente en el Seguro los marinos que hubieran estado asegurados de siete a quince años.

C. Riesgos cubiertos.

1. Enfermedad del asegurado y de sus familiares;
2. accidente del asegurado y de sus familiares;
3. vejez, al cumplir los cincuenta años de edad;
4. invalidez;
5. fallecimiento del asegurado y de sus familiares;
6. paro forzoso;
7. cese en el Seguro.

D. Prestaciones.

1. Tratamiento sanitario en caso de enfermedad o accidente durante tres

años, si bien el período será ilimitado cuando se trate de enfermedad profesional o accidente de trabajo. Los gastos de tratamiento médico únicamente serán restituidos en casos excepcionales.

2. Prestación económica por enfermedad, cuya cuantía, cuando se trate de enfermedad profesional o accidente de trabajo, ascenderá a la retribución mensual durante los cuatro primeros meses, y al 60 por 100 durante los meses posteriores. Cuando se trate de enfermedad o accidente que no sea de trabajo, la prestación será equivalente al 60 por 100 del salario mensual.

3. Pensión de vejez en la siguiente cuantía:

- a) el salario mensual multiplicado por cuatro, cuando se trate de asegurados que hayan llevado al menos quince años en el Seguro;
- b) el doble del salario mensual, cuando se trate de asegurados que llevasen de diez a quince años en el Seguro, en concepto de marinos de un buque pesquero.

4. Pensión de invalidez en la cuantía siguiente:

- a) desde cinco hasta ocho veces el salario mensual, atendiendo al grado de invalidez, cuando ésta haya sido producida como consecuencia de un accidente de trabajo u otra causa en conexión con la empresa;
- b) el cuádruplo del salario mensual, cuando se trate de invalidez producida por causas ajenas al trabajo en la empresa.

Por cada año más que exceda de los quince, se concederá una bonificación equivalente al séxtuplo del salario diario, hasta un máximo en que se alcance el salario mensual multiplicado por doce.

5. Indemnización por invalidez en la siguiente cuantía:

- a) la retribución mensual multiplicada por 2 hasta 25, cuando haya sido producida a consecuencia de un accidente de trabajo u otra causa en conexión con la empresa;
- b) el décuplo de la retribución mensual, cuando se trate de invalidez producida por causas ajenas al trabajo en la empresa.

6. Pensión de supervivencia. Se concederá en concepto de pensión base en la cuantía siguiente:

- a) la mitad de la pensión de vejez, cuando el asegurado que perciba la pensión de vejez fallezca por causas ajenas a la empresa;
- b) la retribución mensual multiplicada por dos y medio, cuando el asegurado que perciba la pensión de invalidez producida trabajando en la empresa, fallezca por causas ajenas a la empresa;
- c) el quíntuplo de la retribución mensual, cuando el asegurado fallezca dentro del plazo de tres años por causas imputables a la empresa.

En los casos a que se refieren las letras b) y c), por cada año que exceda a los quince de cotización, se concederá una bonificación equivalente al triple de la retribución diaria.

7. Indemnización por defunción equivalente al doble del salario mensual en caso de fallecer el asegurado, y al salario mensual en caso de fallecimiento de un familiar.

8. Subsidio de paro forzoso. Será preciso haber cumplido un período de espera de seis meses dentro de un año y un plazo de carencia de siete días. La cuantía del subsidio será igual al 60 por 100 del salario medio diario (dividido en 21 clases, desde 130 a

1.200 yens diarios). El subsidio podrá concederse durante un plazo de 180 días dentro del año.

9. Pensión de viudedad y orfandad equivalente al doble del salario medio mensual, correspondiendo 24.000 yens por cada hijo.

10. Indemnización por baja en el Seguro. Esta prestación se concede cuando el asegurado causa baja en el Seguro sin haber cubierto el período de espera necesario para poder ser beneficiario de la pensión de vejez. Su pago tendrá lugar en los siguientes casos:

- a) cuando después de llevar el interesado de tres a quince años en el Seguro, fallezca o cumpla los cincuenta años de edad, después de causada la baja o cuando cause baja después de cumplir los cincuenta años de edad;
- b) cuando el asegurado que llevase de seis meses a quince años en el Seguro, falleciera por causas ajenas a la empresa;
- c) cuando la mujer asegurada que llevase de seis meses a quince años en el Seguro, fuese baja en el mismo a causa de contraer matrimonio o a causa de alumbramiento.

La cuantía de la prestación es variable y depende del número de cotizaciones anuales que se hayan acreditado. Para los casos que se indican en la letra a), su cuantía será equivalente al salario medio mensual multiplicado por 3 hasta 18, y en los casos a que se refieren las otras dos letras b) y c), su cuantía será ese mismo salario medio mensual, multiplicado por 1 hasta 23.

E. Aportación de recursos.

Además de correr a cargo del Estado los gastos de administración, éste pagará la quinta parte de los gastos por abono de prestaciones a largo pla-

zo y la tercera parte de las prestaciones del Seguro de Paro. Sin embargo, los gastos deberán ser sufragados, en su mayor parte, con cargo a las cotizaciones ingresadas. El tipo de cotización será el siguiente:

- a) si se incluye el Seguro de Paro, el 21,4 por 100, correspondiendo pagar al asegurado el 8,4 por 100 y al armador el 13 por 100;
- b) si se excluye el Seguro de Paro, la cotización será del 19,4 por 100, correspondiendo al asegurado pagar el 7,4 por 100 y al armador el 12 por 100.

En la actualidad, y sólo con carácter eventual, corresponde abonar como

cotización el 16 por 100 (4,8 por 100 a cargo del asegurado y 11,2 por 100 a cargo del armador), para los casos a que se refiere la letra a); y el 14 por 100 (3,8 por 100 a cargo del asegurado y 10,2 por 100 a cargo del armador) cuando se trate de los casos a que se refiere la letra b).

DATOS ESTADÍSTICOS SOBRE EL SEGURO EN GENERAL

A continuación, el Dr. Shirasugi da a conocer algunas estadísticas que comprenden no sólo el Seguro de Paro y Seguro Marítimo, sino también las demás ramas del Seguro japonés.

1. Número de asegurados (Números dados en millones)

RAMA DE SEGUROS	Enfermedad		Accidentes del trabajo	Invalidez y Vejez	Paro
Seguro de Enfermedad ...	7.409	—	—	—	—
Seguro Popular de Enfermedad ...	—	23.190	—	—	—
Seguro de Accidentes ...	—	—	8.026	—	—
Seguro de Pensiones ...	—	—	—	6.947	—
Seguro de Paro ...	—	—	—	—	6.814
Seguro Marítimo ...	142	—	142	142	92
Unión de Socorro a los Funcionarios ...	2.520	—	2.520	2.520	2.520
Personas ocupadas o súbditos a quienes afecta el respectivo Seguro ...	15.080	44.076	15.080	15.080	15.080

2. Costes del Seguro Social en el año 1952-53

Cotizaciones ...	117.000 millones de yens
Fondos del Estado ...	12.000 » » »

RAMA DEL SEGURO	Asegurados	Promedio de salario mensual (Efectos del cálculo)	Tipo de cotización	Mensual — Yens	COTIZACION	
					Patronal — Yens	Asegurado — Yens
					S. Enfer. (estatal)	
S. Enferme- dad (unión)		14.131	pr. 6,08	859	568	291
S. Pens. Va- rones	Ocupados en la industria, minería, transporte, comercio y similares ...	7.424	3	223	111	111
Hembras		5.713	3	171	85	85
S. Paro		7.960	3,5	278	139	139
S. Paro para los trabaja- dores por días		13.967	1,6	222	111	111
S. Accidentes	Cl. I	8.175	6 yens d.	150	75	75
	Cl. II	8.175	5 » »	125	75	50
		13.967	pr. 1,45	200	200	0

	Promedio mensual	Tipo de cotización	Mensual — Yens	COTIZACION	
				Patronal — Yens	Asegurado — Yens
				S. Marítimo Cl. I ..	8.175
	8.175	5 » » »	125	75	50
S. Accidentes	13.967	Promedio 1,45	200	200	0

Unión de socorro a los funcionarios. A) largo plazo : 9, 7.341, 410, 328. Corto plazo : 8.202, 5,2-7,6, 426-624, 213-312, 213-312. B) corto plazo : 13.682, 5,2-7,6, 710-1.040, 355-520, 355-520.

Seguro Popular de Enfermedad. Otros súbditos además de los ocupados : 1.600 anuales por familia.

	SEGURO ESTATAL				SEGUROS REUNIDOS			
	1949	1950	1951	1952	1949	1950	1951	1952
3. Seguro de Enfermedad.								
Número de empresas o Seguros reunidos asegurados.	14.815	157.309	174.981	193.049	761	759	779	820
Número de asegurados (en miles) ...	3.268	3.580	4.018	4.399	2.827	2.950	3.030	3.105
Prestaciones (en miles de millones de yens)	11,7	14,6	18,5	25,5	13,1	17,2	18,9	23,7
4. Seguro Popular de Enfermedad.								
Número de entidades aseguradoras..	4.977	4.875	4.902	5.008				

	SEGURO ESTATAL				SEGUROS REUNIDOS			
	1949	1950	1951	1952	1949	1950	1951	1952
Número de asegurados (en miles) ...	24.640	23.282	23.589	24.038				
Prestaciones (en miles de millones de yens) ...	10,5	11,5	13,3	16,0				
5. Seguro de Accidentes.								
Número de empresas aseguradas ...	278.103	316.260	339.622	372.035				
Número de asegurados (en miles) ...	6.972	7.196	7.559	8.057				
Prestaciones (en miles de millones de yens) ...	5,5	0,2	10,6	11,7				
6. Seguro de Pensiones.								
Número de empresas aseguradas ...	148.786	166.953	185.826	204.937				
Número de asegurados (en miles) ...	5.738	6.113	6.613	7.034				
Prestaciones (en miles de millones de yens) ...	—	—	—	—				
Pensión de supervivencia ...	83	77	110	106				
Pensión de viudedad ...	248	443	672	882				
Pensión de orfandad ...	10	21	33	44				
Pensión de invalidez ...	53	184	479	887				
Indemnización ...	330	770	1.281	1.805				
7. Seguro de Paro.								
Número de empresas aseguradas ...	150.363	162.951	182.781	206.170				
Número de asegurados (en miles) ...	5.697	5.812	6.259	6.833				
Subsidio (en miles de millones de yens) ...	5,7	15,3	12,1	20,7				
Beneficiarios del subsidio en promedio mensual (miles) ...	167	385	245	321				
8. Seguro de Paro para trabajadores por días.								
Subsidio (en millones de yens):								
Clase I ...	—	467	688	916				
Clase II ...	—	96	131	54				

	SEGURO ESTATAL				SEGUROS REUNIDOS			
	1949	1950	1951	1952	1949	1950	1951	1952
Número total de beneficiarios en un mes (en miles) ...	—	367	531	599		5		
Promedio diario del subsidio ...	—	8,20	6,82	6,26				
9. Seguro Marítimo.								
a) Rama general:								
Número de armadores ...	5.259	5.833	6.663	7.315				
Núm. de asegurados (en miles)..	124	124	141	144				
b) Seguro de Paro:								
Número de armadores ...	4.288	4.574	5.313	5.564				
Núm. de asegurados (en miles)...	92	88	91	92				
Prestaciones del Seguro (en miles de yens):								
Pensiones ...	24	136	166	205				
Indemnizaciones...	56	82	130	132				
Asistencia sanitaria ...	771	858	991	1.332				
Subsidio de Paro.	95	289	255	265				

PLAN DE SEGURIDAD SOCIAL

La situación económica y las dificultades surgidas con posterioridad a la guerra, hicieron surgir con más vigor la idea de la previsión. Es de comprender que estas circunstancias adversas en que se encontraba el país reclamase también la adopción de medidas más amplias que las existentes. El concepto de seguridad social no sólo significa un compendio y sistematización de las distintas ramas de los Seguros sociales, sino que ha de considerarse también como el arranque de una nueva idea de previsión en pro de la masa trabajadora y de toda la población en general. La Constitución japonesa de 3 de noviembre de 1946 se pronuncia claramente a favor del fomento y ampliación de la seguridad social. En diciembre de 1948, se for-

mó una Comisión asesora de seguridad social encargada oficialmente del estudio de estos problemas, y en octubre de 1950 tenía ya elaborado un Plan de seguridad social que fué presentado al Gobierno.

Dicho Plan se refiere :

- 1.º al Seguro Social;
- 2.º a la previsión del Estado;
- 3.º al régimen sanitario y asistencia por enfermedad;
- 4.º a la beneficencia social;
- 5.º a la organización y recursos.

I. SEGURO SOCIAL

Dentro de la Seguridad Social, el Seguro es el que tiene que representar el papel principal; sin embargo, el sistema actual del Seguro Social japonés necesita ser reformado. Por lo

que se refiere a la organización, debe procederse, en primer lugar, a la sistematización y unificación de las distintas ramas aseguradoras, así como de las instituciones similares o anejas al Seguro. Los Seguros de Enfermedad, Popular de Enfermedad, de Pensiones, Marítimo, de Accidentes y de Paro Forzoso, Asociaciones de Socorro de Empleados y Pensiones del Estado, deben agruparse formando Seguros a corto y a largo plazo. Los primeros comprenden los Seguros de Enfermedad y Maternidad, mientras que los del segundo comprenden los Seguros de Vejez, Invalidez y Supervivencia. Ambos se dividen en Seguros para la población trabajadora, por una parte, y en Seguros para la población en general por otra. Existen, además, Seguros que sólo afectan a la población trabajadora, a saber: el de Paro y el de Accidentes de Trabajo. Los Seguros de Enfermedad y Popular de Enfermedad, se agrupan en Seguros a corto plazo, mientras que el Seguro de Pensiones pertenece al Seguro a largo plazo. El Seguro Marítimo se divide en cuatro ramas. Además, las Asociaciones de Socorro de los Empleados y la Pensión del Estado desaparecen para ser absorbidas por las distintas ramas del Seguro.

II. LA PREVISIÓN DEL ESTADO

Esta tiene por objeto garantizar a los necesitados un mínimo vital y, por tanto, venir en su ayuda cuando sea preciso, previo examen del grado de necesidad. Consiste la ayuda en contribuir al sostenimiento, educación, pago de vivienda y asistencia por enfermedad y maternidad de la población necesitada. La previsión del Estado comprende, en principio, todas las medidas del último régimen existente de previsión social.

III. RÉGIMEN SANITARIO Y ASISTENCIA POR ENFERMEDAD

Este epígrafe se refiere a la creación y ampliación de los establecimientos sanitarios, así como a la lucha contra la tuberculosis.

IV. BENEFICENCIA SOCIAL

Comprende la asistencia a los mutilados e inválidos, protección a la infancia, protección a la juventud, provisión de empleos, ayuda en materia de vivienda y manutención de los inválidos ancianos.

V. ORGANIZACIÓN Y RECURSOS

Como órgano central de administración se crea un Ministerio de Seguridad Social, del que dependen otros organismos locales. Es, por lo tanto, el Estado quien asume la tarea de lo social, si bien en el Seguro de Enfermedad se admite que las entidades aseguradoras se agrupen en forma de Asociación o de Mutualidad.

Por lo que se refiere a la aportación de recursos, es en principio el Estado quien corre a cargo de los gastos de administración, mientras que el coste de las prestaciones del Seguro se cubre con las aportaciones del Estado, provincias y municipios.

Es digno de notar que en el nuevo Plan de régimen de seguridad social se le concede al Seguro un papel predominante, si bien, como queda indicado, dicho Seguro precisa ser modificado con amplitud. En primer lugar, debe ser mayor el campo de aplicación para que queden incluidos en el mismo no sólo los trabajadores por cuenta ajena, sino también los autónomos y los no trabajadores, con el fin de llegar al Seguro total. En segundo lugar, en el nuevo régimen las prestaciones, tanto económicas como en es-

pecie, son fundamentalmente las mismas, excepción hecha del Seguro de Accidentes y del de Paro Forzoso. De esta manera, la prestación ya no corresponde a la mayor o menor cuantía de la retribución. Por el contrario, la cotización se rige principalmente por la remuneración o ingresos obtenidos por el interesado. El Seguro Popular de Pensiones debe ser considerado como previsión en pro del ciudadano japonés. Actualmente, el Seguro Social japonés se encuentra bajo la administración del Ministerio de Beneficencia, Trabajo y Transporte, por lo que es de desear que en el nuevo régimen se haya unificado todo el sistema de seguridad social bajo una sola administración uniforme.

Fácil es comprender que se necesitan cuantiosos fondos para llevar a cabo esta reforma, a más de las cuantiosas disposiciones legislativas. Se ha calculado que, en el primer año, los gastos totales de la seguridad social ascenderían a unos 240.000 millones de yens, lo que supone cerca del 18 por 100 de la renta nacional correspondiente al año 1951. Ello obligará, por tanto, a que el nuevo plan se vaya abordando por etapas sucesivas hasta llegar a la meta final.

P. BROUSSOLLE, CL. NACHIN Y M. T. JACOMIN: *Un año de investigación social en el servicio de una hospital psiquiatra*. — INFORMATIONS SOCIALES.—París, junio 1955.

Los autores exponen en este artículo sus tentativas para que los enfermos mentales graves vuelvan a tomar contacto con el exterior. Existe, dicen, una tendencia natural a descuidar a los enfermos que desde hace mucho tiempo están en los hospitales, lo que explica el olvido en que caen

algunos de ellos que están hospitalizados en centros donde los enfermos son muy numerosos.

Examinan, a continuación, un servicio de internado de 292 camas, en el cual las enfermas están repartidas en tres pabellones.

Con la ayuda de un médico interno y de una asistente social, estudian cada una de las enfermas, y las fichas indican que en 1953 hubo 93 entradas, 28 fallecimientos, cinco enfermas trasladadas a otro servicio y 58 altas. En 1954, 116 entradas, 16 fallecimientos, cuatro enfermas trasladadas y 96 altas.

Si se consideran 93 enfermas, el resultado de las encuestas es: 35 fracasos, 29 éxitos totales.

Para establecer estas distinciones no se han basado en el criterio de curación o salida del establecimiento, sino en el de reinserción social, teniendo en cuenta la gravedad del estado y el aislamiento de la enferma.

Los fracasos pueden agruparse en la forma siguiente:

Diez enfermas no tienen, realmente, ni familia ni amigos.

En ocho casos no se ha podido, hasta el presente, encontrar la familia.

En otros nueve casos, la familia no ha querido tener ningún contacto con la enferma, o ciertos de sus miembros son también enfermos mentales graves.

En seis casos no se han podido mejorar los contactos familiares, que siguen deficientes.

Una enferma joven, dada de alta, ha vuelto a recaer en la delincuencia, a pesar de la acción favorable que sobre ella ejercía el ambiente familiar.

Entre los éxitos parciales se destaca:

Una enferma que acaba de perder los últimos miembros de su familia ha experimentado una gran alegría al recuperar los recuerdos queridos.

Otra, de bastante edad, después de nuestras encuestas, ha mejorado sensi-

blemente y ha podido ingresar en un asilo de ancianos.

En otras 10 enfermas se han mantenido los contactos familiares ya existentes.

Hay tres enfermas cuyas familias han sido encontradas, pero aun no se han podido establecer contactos.

Se están llevando a cabo gestiones que aun no han tenido éxito, para encontrar colocación a dos enfermas.

En otros cuatro casos se han roto de nuevo los lazos efímeros con la familia a causa del fallecimiento del único superviviente o del desaliento de algunos.

Nueve enfermos no tienen más que relaciones por carta con su familia, a causa del alejamiento de ésta, y las visitas son raras.

Los 29 éxitos se dividen en varios casos:

Mejora considerable de nueve enfermas, debida a la vuelta de la familia pródiga.

Salida de prueba, en su familia, de dos antiguas enfermas durante todo el verano de 1954.

Diez enfermas consideradas como crónicas han salido definitivamente y han sido reclasificadas socialmente, gracias al conjunto de terapéuticas biológicas, ayudados por los esfuerzos de los padres.

Hemos necesitado verdaderos esfuerzos de persuasión para colocar en sanatorios tres enfermas tuberculosas.

Se ha acelerado la salida de cinco enfermas, gracias a la colaboración familiar estimulada por la asistenta social.

A continuación, los autores refieren tres casos de enfermas hospitalizadas, que a la salida del establecimiento han necesitado la colaboración de las asistentas sociales para tratar de solucio-

nar los conflictos familiares que su enfermedad ha traído.

Nuestra experiencia, dicen finalmente, es demasiado reciente para valorar con precisión la influencia que puede tener la asistenta social sobre el enfermo y sobre la enfermedad.

Sin embargo, los datos aportados sobre la vida de una enferma, la ayuda prevista para su convalecencia, su vivienda y su colocación dentro de la sociedad, son muy interesantes pero insuficientes. La asistenta es la que indica a las familias su manera de comportarse en beneficio de la persona enferma.

El problema de las relaciones de los enfermos con sus familiares o sus amigos, es un aspecto particular de la socioterapia, y los lazos que se trata de reanudar o de robustecer tienen una importancia terapéutica tan grande como los tratamientos biológicos.

Este esfuerzo se une a la lucha contra la separación de pabellones. Actualmente se está intentando de dar a cada unidad de asistencia su propio movimiento de población, con el fin de evitar para el conjunto de los enfermos las divisiones en categorías, siempre nefastas a causa de un pronóstico discutible. En efecto, el pabellón de crónicas no dejaba porvenir ninguno a sus ocupantes y a su personal facultativo.

Cuando el enfermo ha roto totalmente con sus familiares, es necesario apelar a la visita de la asistenta para sustituir a los familiares perdidos y ayudar al enfermo a luchar por la vida.

En un servicio de internado nos parece indispensable la consideración permanente y periódica de los problemas de los enfermos más desgraciados y abandonados. Por esta razón se orientan en este sentido las actividades de las nuevas asistentas sociales que han venido a reforzar el equipo ya existente.

JAC. SERVAIS (Jefe Superior de Inspección): *El Seguro de Enfermedad y de Accidentes en Dinamarca.*—DEUTSCHE VERSICHERUNGSEITSCHRIFT, número 4.—Berlín-Munich, abril 1955.

En la mencionada revista alemana aparece un amplio artículo en el que se expone parcialmente la actual situación danesa en materia de Seguridad Social. He aquí la traducción íntegra del artículo del Sr. Servais.

«Como en otros países, en Dinamarca, las mutualidades y el Seguro privado fueron los precursores del Seguro Social. Primeramente aparecieron las mutualidades de labradores y las Cajas privadas de Enfermedad para los trabajadores de la industria y artesanos. Después, el 12 de abril de 1892, se dictó una Ley creando el Seguro de Enfermedad a base del principio de autoadministración y voluntariedad. Por Ley de 20 de mayo de 1933, en su redacción de 25 de julio de 1940, se refundieron en un solo cuerpo legal las disposiciones por las que se rigen los actuales Seguros de Enfermedad, Vejez e Invalidez, lo que supone una reforma del Seguro Social. Esta reforma tenía por objeto delimitar y fijar con más precisión los campos del Seguro y de la Previsión, así como las categorías de necesitados con derecho a protección. Desde la reforma indicada, la seguridad social danesa se divide en *Seguro y Previsión*.

SEGURO DE ENFERMEDAD

Este Seguro, marcadamente popular, difiere por completo del clásico Seguro Social alemán, toda vez que en el primero no se precisa, para ser afiliado, tener una relación laboral, y la cotización es, por otra parte, independiente de la cuantía de la remuneración del interesado. Se distinguen dos clases de afiliación: activa y pasiva.

La afiliación es voluntaria, si bien todo ciudadano danés que haya cumplido la edad de veintiún años tendrá derecho a afiliarse pasivamente a un Seguro de Enfermedad. En virtud de esta afiliación pasiva tendrá derecho más tarde, cualquiera que sea su edad y estado sanitario, a adquirir la afiliación activa y con ello al percibo de las prestaciones del Seguro. La edad mínima para ingresar en una Caja de Enfermedad, es la de catorce años, y la máxima de cuarenta. El paso de la afiliación pasiva a la activa se permite a cualquier edad.

Para ser miembro cotizante y con derecho a las prestaciones del Seguro, se exige que el interesado no se encuentre enfermo en el momento de la afiliación, sino que se halle capacitado para el trabajo. El que no quiera pertenecer pasivamente al Seguro, tendrá que abonar una multa anual.

Con arreglo a la cuantía de la remuneración que se perciba, se podrá efectuar la afiliación en las Uniones o en las Cajas de Enfermedad. Será miembro de una Caja de Enfermedad todo el que, residiendo en Copenhague, tenga sujetos a impuestos ingresos menores de 8.300 coronas, o de 7.700 coronas, si vive en otras poblaciones, o de 6.700 si vive en el campo (1 corona = 0,608 marcos alemanes).

El Estado concede subvenciones a las Cajas reconocidas para ayudar a éstas a hacer frente a sus gastos. Los patronos no pagan cotización alguna al Seguro de Enfermedad, y la de los afiliados es distinta en cada una de las Cajas, elevándose a medida que aumenta la prestación económica diaria asegurada.

PRESTACIONES

Para los afiliados correspondientes, el derecho al percibo de las prestaciones de las Cajas comienza a las seis

semanas de afiliación. Respecto a las enfermedades originadas como consecuencia de accidente, la concesión de prestaciones es inmediata. Para tener derecho a las prestaciones de maternidad, será preciso llevar al menos diez meses en el Seguro.

Las prestaciones consisten en tratamiento médico gratuito, hospitalización, prestación económica diaria, abono de las tres cuartas partes de gastos de insulina y otros medicamentos de vital importancia, prestación por maternidad e indemnización por defunción.

Además de estas prestaciones podrá también la Caja de Enfermedad comprometerse a la concesión de las siguientes: tratamiento de especialista, tratamiento y alojamiento de hospitalización en centro distinto al que corresponda al asegurado, alojamiento en hogares de recreo, pago de medicamentos, masajes, baños, vendajes, lentes, etc.

Existen dos formas de pago de tratamiento de medicina general, que no afectan a los asegurados. En la mayor parte de las Cajas de Enfermedad, los miembros eligen a su médico por un año, quien recibe una remuneración fija anual de la Caja por cada miembro que lo ha elegido. En casos especiales, tales como por las visitas nocturnas, por ejemplo, recibe, además, honorarios complementarios. En otras Cajas, los miembros eligen a su médico (en la mayoría de los casos dentro del sector de 10 kilómetros), y las Cajas pagan al médico por cada intervención que tenga, debiendo, a su vez, el asegurado, pagar a la Caja por cada caso de enfermedad, una cantidad hasta el límite de 4 coronas (2,43 marcos).

Las Cajas están obligadas a conceder tratamiento gratuito de medicina general, dejando a su elección conceder también el tratamiento de especialida-

des. Sin embargo, la mayoría de las Cajas dispensan gratuitamente el tratamiento de especialidades tan pronto como el médico de medicina general lo recomienda. Generalmente, las Cajas tienen conciertos con los oculistas y otorrinolaringólogos; en estos casos, las Cajas corren también a cargo de todos los gastos. En términos generales, las Cajas se hacen cargo siempre de todos los gastos cuando así lo estima oportuno el médico de las mismas. Las Cajas están obligadas a conceder tratamiento gratuito en los distintos servicios médicos de los hospitales del distrito, así como en los hospitales oficiales; asimismo correrá, por lo general, a su cargo, el tratamiento en ambulatorios. Lo propio se habrá de entender del tratamiento de nervios y antituberculoso.

En caso de enfermedad que, según certificado médico se prolongue más de cuatro días, el interesado tendrá derecho a una prestación económica diaria, equivalente a la cantidad que se haya convenido en el Seguro. Todos los afiliados varones mayores de dieciocho años de edad, están obligados a asegurar el percibo de una prestación económica diaria por enfermedad, quedando, por tanto, excluidos de esta obligación las mujeres y los varones menores de dieciocho años. La cuantía de esta prestación no podrá ser inferior a 40 öre (0,24 marcos alemanes), ni superior a 6 coronas (3,65 marcos). Sin embargo, la cuantía de la prestación citada no podrá ser, en ningún caso, superior a las cuatro quintas partes de la retribución media diaria que perciba el interesado. La prestación se rebajará en caso de hospitalización.

No se abonará la prestación económica, por incapacidad parcial para el trabajo. Las mujeres que no realicen una actividad profesional, únicamente tendrán derecho a la prestación eco-

nómica cuando tengan que guardar cama a consecuencia de su enfermedad. Si el interesado continúa percibiendo totalmente su remuneración, no tendrá derecho al cobro de la prestación económica del Seguro; en cambio, si la remuneración que se le abona no es la misma que venía percibiendo por su trabajo, sino inferior, se le abonará la prestación económica necesaria para compensar la pérdida sufrida en dicha remuneración. La Caja tendrá a su cargo las tres cuartas partes del coste de determinados medicamentos, tales como la insulina, sin que tenga, por tanto, la obligación de contribuir al coste de otros medicamentos. Queda a su arbitrio el pagar o no los demás medicamentos que recete a los enfermos el médico de la Caja, aunque, en realidad, la mayor parte de éstas sufragan dichos gastos.

Para que las Cajas puedan hacer frente al coste de medicamentos se convino, en general, se abonasen las tres cuartas partes de su coste, siempre que fueran de especial importancia para la recuperación de la salud. A estos efectos, el Departamento de Sanidad ha confeccionado una lista de medicamentos. Respecto a los demás, la Caja podrá costear la mitad o la tercera parte del coste de los mismos.

Gran número de Cajas de Enfermedad se han comprometido a la concesión de asistencia sanitaria a domicilio a través de enfermeras tituladas, habiendo celebrado también acuerdos con municipios o Uniones asistenciales para estos fines.

Las Cajas pagan el tratamiento dental y extracción de muelas cuando exista convenio con los dentistas; no se incluirá en ningún caso en dichos convenios el abono de orificaciones, sustitución de dientes, ni reparaciones dentales.

Siempre que exista un acuerdo con balnearios, centros de reposo y cura-

ción, masajistas, etc., la Caja abonará, parcial o totalmente, los gastos del tratamiento dispensado por tales instituciones. Son numerosas las Cajas que disponen de clínicas propias para masajes. Las Cajas podrán hacerse cargo de parte de los gastos por vendajes, prótesis, lentes, etc. Respecto a los gastos de entierro, las Cajas de Enfermedad abonan una cantidad de hasta 300 coronas (182,40 marcos alemanes).

TRATAMIENTO DE NIÑOS

En el Seguro de los afiliados está comprendido también el tratamiento de niños hasta los quince años de edad, alcanzando no sólo a los hijos legítimos, sino también a los adoptivos y a los hijos a cargo.

Los niños que carezcan de medios, los huérfanos y los que se encuentren en asilos infantiles, podrán ser acogidos como miembros de las Cajas de Enfermedad por derecho propio, cualquiera que sea la edad de los mismos, si bien no podrán concertar con el Seguro la percepción de una prestación económica diaria.

Por lo demás, las Cajas concederán a los niños prestaciones semejantes a las que se acreditan a los adultos. Respecto a los niños que tengan carácter de afiliados por derecho propio, se aplicarán las mismas disposiciones en vigor para los adultos en lo referente al plazo de duración de las prestaciones. Los hijos de los afiliados percibirán las prestaciones sin sujeción al límite general establecido por las Cajas para los demás afiliados.

Podrán afiliarse a las Cajas todas las personas mayores de catorce años de edad. Esto tiene la ventaja de que el período de carencia habitual de seis semanas no es preciso cuando el hijo de un afiliado ha ingresado en la Caja antes de cumplir los quince años de edad.

El límite de las prestaciones de las Cajas se fija de manera diversa. Así, por ejemplo, ningún afiliado podrá percibir la prestación económica diaria durante más de 26 semanas dentro de un período de 12 meses ininterrumpidos. Los pensionistas de vejez o invalidez sólo podrán, en ese período, recibir prestaciones económicas durante 13 semanas. Mientras que las Cajas de Copenhague conceden sus prestaciones durante 26 semanas ininterrumpidas, en otras Cajas es habitual dejar pasar, después de un período de 13 semanas en que se concede la prestación económica, otro período de 13 semanas sin prestación para volver a concederla pasado este período.

El derecho de un afiliado a las prestaciones de las Cajas cesa cuando las haya percibido durante un plazo total de 60 semanas (420 días), dentro de un período de tres años ininterrumpidos. En este caso, el asegurado pasa a la categoría de afiliado pasivo, si bien tendrá todavía derecho al percibo del socorro por enfermedad de que se hablará más adelante y recuperar su condición de afiliado activo con plenos derechos tan pronto como acredite, mediante certificado médico, que se halla capacitado para el trabajo. Si no continúa siendo beneficiario del socorro de referencia, podrá recuperar su condición de miembro activo 12 meses después de haber percibido su última prestación de la Caja de Enfermedad.

PRESTACIONES DE MATERNIDAD

Las Cajas de Enfermedad conceden a las afiliadas los costes originados por los servicios de comadrona, y la canastilla para el recién nacido. Si la comadrona estima necesaria la intervención de tocólogo, la Caja abonará los honorarios del mismo. La asegurada tendrá, además, derecho a una prestación económica durante 14 días.

Las trabajadoras de fábricas tienen derecho a una prestación económica diaria de 5,30 coronas en Copenhague, 4,25 coronas en las poblaciones y 3,20 coronas en el sector rural. Estas prestaciones se conceden durante cuatro semanas posteriores al nacimiento del hijo, pudiéndose seguir concediendo durante otras seis semanas, si la madre rehusa continuar trabajando para atender y dar de lactar al hijo. Si la gestante corre algún peligro a causa de su trabajo, podrá percibir también un subsidio durante las ocho semanas anteriores al alumbramiento.

En caso de enfermedad durante la gestión, la Caja de Enfermedad correrá a cargo de los gastos de hospitalización de la interesada; lo propio sucede cuando el internamiento en el hospital o sanatorio se debe al temor de que el parto no sea normal. No se hará cargo de los gastos la Caja cuando el internamiento en el hospital, casa de maternidad o establecimiento similar, sea debido a motivos de carácter social y no facultativo. Sin embargo, en este caso, la Caja podrá conceder una cantidad equivalente a la que supongan los honorarios de comadrona.

SEGURO DE ACCIDENTES

I. *Evolución histórica.*—Por Ley de 6 de julio de 1916, quedaron modificadas todas las disposiciones existentes sobre Seguros sociales. En el año 1933 se llevaron a cabo reformas sociales en virtud de las cuales se establecieron las pensiones de invalidez para sustituir la indemnización en forma de capital y se incluyeron en el Seguro algunas enfermedades profesionales.

Surgieron posteriormente modificaciones en virtud de las Leyes de 13 de abril de 1938, 8 de febrero de 1939 y 4 de julio de 1946; esta última ampliaba el índice de enfermedades

profesionales acbuidas al Seguro. En la Ley de 23 de marzo de 1948, se elevaba la cuantía de la indemnización por pensión de invalidez y las prestaciones económicas diarias.

Por Ley de 12 de abril de 1949, se estableció el pago de las prestaciones económicas diarias a partir del 7.º día posterior al accidente, con lo que se modificaba la legislación anterior, en virtud de la cual dichas prestaciones no se concedían hasta el comienzo de la décimocuarta semana posterior al accidente.

II. *Campo de aplicación.*—a) El Seguro obligatorio comprende a las siguientes categorías de personas:

1. Las que tengan una ocupación permanente o eventual, con o sin retribución, quedando incluidos hasta los familiares del patrono (a excepción de la mujer), siempre que trabajen con él en calidad de mano de obra; se exige como condición indispensable que se hayan cumplido los diez años de edad, a menos que se trate de empresas agrícolas, piscícolas o de navegación.

2. Las personas que se hallen al frente de oficinas privadas o municipales.

3. Los capitanes de barcos de menos de 300 toneladas de registro.

4. Toda persona ocupada por su propia cuenta o junto con otras personas en un buque danés de menos de 20 toneladas de registro bruto, dedicadas a la pesca o a faenas similares, siempre que su trabajo les suponga un mínimo de las tres quintas partes de sus ingresos anuales.

b) *Seguro voluntario.*—Podrán afiliarse al mismo las siguientes categorías de personas:

1. Los patronos que tengan actividades industriales, comerciales o de artesanado, y toda persona que realice actividades económicas semejantes, sin empleo de mano de obra; se

establece como condición indispensable un límite de ingresos anuales inferior a 3.900 coronas para las poblaciones y de 3.600 en el sector rural. Este límite se hallaba en vigor hasta el 31 de marzo de 1952; desde el 1.º de abril del mismo año, el nuevo límite que se estableció fué de 5.250 coronas para Copenhague, de 4.875 para las poblaciones y de 4.500 coronas para el sector rural.

2. Los patronos de empresas de navegación y pesca.

3. Los patronos de empresas agrícolas y forestales que tengan ingresos inferiores a los anteriormente indicados.

Condiciones para ser beneficiario.—

Para que el Seguro se haga cargo del abono de las prestaciones, es preciso que el accidente haya ocurrido durante el trabajo del asegurado o en relación con ese trabajo. Los accidentes que ocurran fuera del lugar de trabajo no serán incluidos, por lo general, en el Seguro. Los que tengan lugar al ir o regresar al trabajo, sólo quedarán incluidos en determinadas circunstancias; por ejemplo, cuando el trabajador es trasladado por el patrono, o cuando el trabajador realiza su trabajo en varios sitios, debido al carácter de su ocupación (viajantes de comercio, etc.). Cubre también el Seguro los accidentes que ocurran al interesado al intentar salvar vidas humanas, o impedir que se produzca un accidente, o evitar grandes daños materiales, siempre que ese intento esté en relación con la actividad del interesado. La protección cesa cuando el accidente ha sido provocado voluntariamente. En caso de abandono o cuando el lesionado incurrió una disposición en vigor, o debido a su estado de embriaguez, a consecuencia de la cual se produjo el accidente, la protección del Seguro se reducirá, e incluso se negará totalmente en determinados casos.

III. *Prestaciones*.—Las prestaciones son de dos clases: en especie y en metálico.

1. *Prestaciones en especie*.—Son las siguientes: medicamentos, prótesis, lentes, sillas de enfermos y otras similares.

El derecho a estas prestaciones depende de que se consideren necesarias para garantizar el éxito del tratamiento médico o para disminuir los efectos del accidente.

2. *Prestaciones al contado: económicas diarias*.—El abono de las prestaciones económicas diarias supone una disminución en la capacidad laboral retribuida. Se ha de suponer que esa incapacidad dura mientras el lesionado por accidente de trabajo se halla imposibilitado físicamente para seguir realizando el mismo trabajo que tenía antes de ocurrir el accidente.

La prestación económica se comenzará a abonar desde el 7.º día posterior al en que tuvo lugar el accidente. A las personas que se hayan afiliado voluntariamente al Seguro se abonará la prestación económica a partir de la décimocuarta semana posterior a la fecha del accidente, a menos que se haya contratado en el Seguro el abono de dicha prestación a partir del 7.º día. La cuantía de la prestación será equivalente a las tres cuartas partes de la retribución diaria del accidentado, retribución que se calcula dividiendo por trescientos la retribución anual del interesado. La Ley establecía un límite de retribución anual a estos efectos, fijado en 5.000 coronas; pero a partir del 1.º de abril de 1952, ese límite se elevó a 6.250 coronas y el límite máximo de la prestación económica a 15,63 coronas (9,50 marcos alemanes).

PENSIÓN DE INVALIDEZ

Para tener derecho a la pensión de invalidez, es preciso que la capacidad

del lesionado haya quedado disminuída en un cinco por ciento o más. La pensión se concede en forma de prestación anual, que en caso de pérdida total de la capacidad laboral, ascenderá a las dos terceras partes de la retribución anual del interesado. Cuando la incapacidad sea parcial, la pensión se ajustará al grado de dicha incapacidad.

Las pensiones de invalidez se calcularán atendiendo a la cuantía de la retribución anual, si bien teniendo en cuenta el límite máximo establecido al efecto; desde el 1.º de abril de 1952 ese límite se fijó en 6.250 coronas. No se ha fijado límite mínimo de la retribución anual que habrá de regir a estos efectos, si bien desde la fecha anteriormente indicada se ha establecido que, para las personas menores de veintiún años, el límite mínimo de ingresos anuales que habrá de tenerse en cuenta será el de 3.000 coronas. Para los asegurados voluntarios, la pensión se calculará a base de una retribución anual de 2.400 coronas.

Si bien la pensión se abona regularmente en forma de indemnización anual, se puede proceder también a la entrega de la misma en forma de capital global. Para ello será preciso, sin embargo, que la disminución de la capacidad laboral sea inferior al 50 por 100, no siendo necesario, en este caso, el asentimiento del propio interesado. Las pensiones que se cedan a los que acrediten una disminución de su capacidad en más de un 50 por 100, se podrán conceder también en forma de capital global cuando concurren en el interesado determinadas circunstancias especiales, tales como la posibilidad de establecer un determinado negocio por su cuenta, etc.

Cuando la prestación que se conceda es por existir una invalidez de un 50 por 100 o más de incapacidad, la pensión comenzará a abonarse des-

de la fecha en que cese el abono de la prestación económica diaria. En cambio, si la incapacidad es inferior al 50 por 100, la pensión se abonará desde la fecha en que se determine.

A los cinco años de fijada la renta, se podrá proceder a la revisión de la misma. Si la autoridad competente estima que las circunstancias en que se basó la fijación de la pensión han variado posteriormente, podrá variar también el tipo de pensión a tenor de las nuevas circunstancias existentes.

PENSIÓN DE SUPERVIVENCIA

Si, como consecuencia del accidente, se produce el fallecimiento del asegurado, podrá concederse a los derechohabientes la pensión por ese concepto en forma de indemnización global. Esa forma de indemnización sólo se concederá a los súbditos daneses que tengan su residencia habitual en Dinamarca o en Groenlandia. Para conceder a las viudas la mencionada indemnización bastará con que el fallecido sea súbdito danés; existen también acuerdos de reciprocidad al respecto, firmados por Dinamarca con otros países.

Respecto al percibo del capital que suponga la pensión, tendrán derecho, por orden de preferencia: la cónyuge que estuviera conviviendo con el interesado en el momento de su fallecimiento y los hijos a cargo, y después las divorciadas o separadas que, a pesar de no estar conviviendo con él, tuvieran legalmente el derecho de alimentos. Si la pensión de la cónyuge y de los hijos fuese menor que la cuantía que posteriormente se indica, podrá abonarse también una indemnización a las siguientes categorías de personas:

a) Viuda superviviente, aun cuando el marido y la mujer no vivieran juntos en la fecha en que se produjo el ac-

cidente y, sin embargo, aun no teniendo obligación legal, el marido hubiera estado contribuyendo a la manutención de la mujer durante los tres años anteriores a la fecha del accidente.

b) La mujer divorciada, siempre que el interesado estuviera contribuyendo a la manutención de la misma en la fecha en que se produjo el accidente.

c) Los hijastros cuya manutención corriera a cargo del interesado, aun cuando no tuviera obligación legal de atender a su sustento.

La cantidad que corresponde a la viuda es equivalente a cuatro veces la retribución anual del fallecido, calculada del mismo modo que el empleado para calcular la pensión de invalidez, es decir, que la cantidad máxima no podrá exceder de 25.000 coronas. La indemnización por los hijos no podrá exceder de vez y media del salario anual por cada uno, si la viuda está en plena posesión de su derecho. De todos modos, en ningún caso podrá rebasar el séptuplo del salario anual que se ha fijado a estos efectos, en 43.750 coronas, desde el 1.º de abril de 1952.

INDEMNIZACIÓN POR DEFUNCIÓN

Esta se abonará a los derechohabientes o a otras personas que hayan costeado los gastos de entierro. Para accidentes ocurridos después del 1.º de abril de 1952, la cuantía de la indemnización será de 437,50 coronas.

REGULARIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES ATENDIENDO AL COSTE DE VIDA

Respecto a los accidentes ocurridos con posterioridad al 1.º de abril de 1952, la indemnización por defunción se elevará o reducirá en 17,50 coronas, al igual que en 250 y 120 coronas el salario máximo y mínimo anual, res-

pectivamente, cuando el índice de los precios por persona, publicados por el Departamento de Estadística, se eleve o descienda en 15 puntos. Al mismo tiempo, las prestaciones económicas diarias y las pensiones de invalidez se amoldarán hasta un 50 por 100 o más de sus cuantías respectivas.

FINANCIACIÓN DE LOS SEGUROS

Por lo general, los gastos correrán a cargo de los patronos, que están obligados, salvo algunas excepciones, a asegurar a sus trabajadores. El Estado abona subvenciones en la forma siguiente:

a) Ayuda en caso de devolución de las primas para poseedores de pólizas cuyos ingresos anuales no llegan al límite que permite a dichos tenedores afiliarse voluntariamente al Seguro.

b) Abono de gastos de indemnización por accidentes que ocurrieron al interesado al intentar salvar vidas humanas.

c) Pluses por carestía de vida, correspondientes a lesionados con anterioridad al 1.º de julio de 1947.

d) Costes por daños sufridos por la Dirección y Consejo de la Industria.

ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO

Los patronos deberán cubrir sus riesgos en una Compañía estatal de Seguros; si un trabajador tiene derecho al abono de prestaciones en caso de enfermedad conforme a alguna ley o contrato, el patrono no tiene obligación de asegurar el riesgo que supone el abono de la prestación económica diaria durante las 13 semanas posteriores a la fecha en que ocurra el accidente.

Las autoridades públicas están exentas de la obligatoriedad del Seguro. Podrá eximirse asimismo de esta obli-

gación al patrono que tenga establecido y aprobado por el Ministerio de lo Social un régimen propio de seguridad social, si bien estos casos no son frecuentes.

Si un patrono no cumple la obligación que le incumbe respecto a la afiliación de sus trabajadores, tanto éstos como sus derechohabientes podrán, en caso de que se verifique el riesgo del Seguro, recurrir contra aquél, a menos que existan circunstancias que le eximan del abono de las prestaciones.

Las cotizaciones serán abonadas anualmente por la dirección de la empresa, por anticipado y en fracciones a una Compañía de Seguros reconocida, pudiendo el patrono elegir generalmente la Compañía aseguradora.

Algunas Uniones de Seguros tienen, sin embargo, derecho a admitir únicamente las afiliaciones presentadas por patronos que trabajen o posean determinadas industrias o centros de trabajo. Existen también disposiciones especiales para patronos del ramo de pesca y navegación.

SITUACIÓN DE LOS EXTRANJEROS RESPECTO AL SEGURO

Los extranjeros que sufran un accidente en Dinamarca tendrán igual protección que los súbditos daneses en el supuesto de que los derechohabientes del que haya sufrido el accidente sean súbditos daneses o hayan tenido su residencia habitual en Dinamarca o en Groenlandia.

En el transcurso de los años, Dinamarca ha celebrado diversos Convenios sobre Seguros Sociales con varios países. Últimamente, con fecha 14 de agosto de 1953, celebró el correspondiente Convenio con Alemania, en el que aparecen detalladamente las disposiciones de reciprocidad en ma-

teria de Seguridad Social para los súbditos de ambos países.

Con fecha 20 de marzo de 1929, ratificó el Convenio sobre igualdad de trato a los trabajadores nacionales y extranjeros en materia de indemnización por accidente de trabajo, tal como se había aprobado por la Conferencia Internacional de Trabajo celebrada en Ginebra el año 1925.

Con fecha 3 de marzo de 1937, se celebró un Convenio entre Dinamarca, Noruega y Suecia, respecto a la aplicación de la legislación en materia de Seguridad Social, en aquellos casos en que un patrono de cualquiera de los países contratantes tenga un centro de trabajo u ocupe trabajadores en otro de los países firmantes del Convenio. En dicho Convenio, al igual que en los contratos firmados con Alemania, se dispuso que el accidente y los derechos derivados del mismo se establecerán a tenor de las leyes exis-

tentes en el país donde aquél tuvo lugar.

APORTACIÓN DE FONDOS PARA EL SEGURO DE ENFERMEDAD

La financiación de las Cajas de Enfermedad se forma con los fondos siguientes:

a) Las cotizaciones de los afiliados (de diversa cuantía), calculadas a tenor de las prestaciones económicas diarias aseguradas; los patronos no abonan cotización.

b) Las subvenciones estatales (dos coronas anuales por cada miembro activo, como cotización fija), una cuarta parte de los gastos por asistencia sanitaria, y el gasto total del coste de medicamentos considerados de importancia vital, así como del coste de tratamiento de radioterapia.

c) Subvenciones municipales, parte de ellas como prestaciones obligatorias y parte como voluntarias.

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.

**Garrido y Comas, J. J.—“El Contrato de Seguro”:
Publicaciones y Ediciones Spes, S. A.—Barcelo-
na, 1954.**

Tuvo su origen la idea de escribir esta obra en el Concurso convocado por la Dirección General de Seguros para discernir el «Premio María Lázaro 1952», cuyo tema era el de «Bases para una nueva ordenación legal de los Contratos de Seguro».

De esta forma su autor ha tenido que enfocar en ella todos los problemas que se plantean en el mencionado Contrato y más aún el concretar su posición respecto a ellos en unas bases normativas que, sin perder su claridad y precisión, son lo bastante flexibles para hacer posible su adaptación a las diversas modalidades de Seguro conocidas. Esto justifica, asimismo, la distribución sistemática de la obra, en la cual cada capítulo va precedido de la Base que se propone, siendo ésta después objeto de estudio y fundamentación.

En el desarrollo de su obra, el autor se ha encontrado con la circunstancia de que en materia de derecho contractual existen numerosas cuestiones todavía no resueltas por el legista patrio, y el hecho de que otros de sus dictados sean puramente circunstanciales, cuando necesitados de una revisión por su arcaísmo o desenfocada visión de los problemas, demostrándose con ello lo aconsejable que resulta el proceder a una rigurosa depuración de lo existente, para irrumpir seguidamente en el campo de una solución totalmente nueva, criterio que ha seguido el profesor Garrido y Comas al realizar su estudio.

Así, en su trabajo, se ha mostrado el mecanismo regulador del Contrato de Seguro, y ha sido examinado fríamente para valorar la eficacia de cada uno de sus elementos procediendo seguidamente a un nuevo montaje con los útiles propios y extraños que el empeño requería.

El proyecto de Bases que se razona en el curso de la obra aspira, según el autor, «a fundir en un solo cuerpo armónico un conjunto de elementos dispares en apariencia, aunque de hecho fundamentalmente coincidente», y concluye afirmando que «nuestra proposición envuelve una síntesis de principios sobre el Contrato de Seguro, que simplifica y reduce el trabajo de las partes, dando a los pactos del convenio, junto a su subido tinte de ecuanimidad y fuerza, una forma de seguridad, garantía y simplicidad tan manifiestas, que de ello no puede derivar más que beneficios para cuantos de algún modo se hallan interesados en el Seguro privado español».

Ha dividido el autor su obra en cinco partes, que separa bajo las siguientes rúbricas: I. Introducción histórica sobre el Contrato del Seguro; II. Exposición de motivos (razón y orientaciones del proyecto); III. Doctrina General del Contrato de Seguro; IV. De los Seguros de personas, y V. De los Seguros de daños.

Las tres últimas partes de la obra son las más interesantes y las que representan una mayor aportación a los estudios sobre Seguros.

La tercera está dedicada a la *Teoría general del Contrato de Seguro*, estudiándose en ella, de una forma muy interesante, temas tales como el concepto del Contrato de Seguro, de un gran valor; igualmente merecen destacar los relativos a la proposición del Contrato y su eficacia vinculatoria; a la póliza y su significación formal y probatoria; a las declaraciones del asegurado al celebrar el contrato y a las consecuencias jurídicas de las reticencias o declaraciones inexactas del proponente; al riesgo, su delimitación, modificación, agravación y cesación; a la prima, su carácter, momento y lugar de pago; a la duración del contrato; al siniestro y al deber de información del asegurado cuando éste se produce; a los efectos de la liquidación o quiebra de los Contratos y a la prescripción de los derechos. En el examen de estos problemas se observa la preparación y conocimiento del autor en el tema tratado, así como el estar en posesión de un criterio de gran independencia en la forma de propugnar nuevas soluciones, para las que expone sus razones y fundamentos que, en muchos casos, indudablemente justifican su posición.

La cuarta parte, que dedica a los *Seguros de Personas*, está dividida en dos secciones que agrupan, respectivamente, al Seguro de vida y de las demás modalidades de Seguros que cubren riesgos de tipo personal. Los capítulos que dedica al estudio de los riesgos asegurables, de la póliza, de los beneficiarios, de su designación y renovación, de la prima, su reducción y rescate, y en general el destinado a justificar la afirmación terminante del principio de la no subrogación del asegurador en los Seguros de personas, son asimismo de un gran interés.

Finalmente, en la quinta parte de la obra se estudian los *Seguros de daños*, agrupándose en una primera sección las normas generales que presiden los mismos en materia de extensión del riesgo cubierto; del valor asegurado; del seguro múltiple; de la modificación de riesgos; de las obligaciones a cargo del asegurado; de la intervención de peritos y de la subrogación del asegurador, para ocuparse en la segunda de las diversas clases de Seguro de daños y, principalmente, del Seguro de incendios, de transportes terrestres, responsabilidad civil, etc.

De todo lo anteriormente expuesto se deduce el gran interés y valor de la obra comentada; indudablemente que la tesis sostenida por el autor a través de las Bases propuestas deberá ser objeto de un detenido análisis y examen que, en muchos casos, darán lugar a cambios y correcciones; pero ello en nada disminuye, sino que, en todo caso, avalora el estudio realizado.

Prologa el trabajo el Dr. D. Antonio Polo Díez, catedrático de Derecho Mercantil de la Universidad de Barcelona, personalidad de sobra conocida, que en breves líneas analiza y exalta la obra del Sr. Garrido y Comas.

JULIO A. DIAZ MARTIN.

López Jacoiste, José F. Javier.—“El arrendamiento como aportación social”.—Pamplona, 1955.—Editorial Gómez.—301 págs.

Son muchas las publicaciones dedicadas a glosar total o parcialmente el problema jurídico que el contrato de arrendamiento trae consigo. Entre ellas,

algunas verdaderamente notables, apuran hasta términos de extrema notabilidad, el estudio de las cuestiones relativas a arrendamiento. Están en el ánimo de todas las publicaciones como las de Bellón, Fernández Heras y Amado García Rollo.

Ahora bien, la directriz seguida por López Jacoiste en su obra «El arrendamiento como aportación social», es totalmente distinta a los tratados que hasta el momento conocíamos. Aun cuando su trabajo es sumamente especializado, pues se refiere a la aportación de derechos arrendaticios sobre la propiedad urbana y, concretamente, sobre locales de negocios, en relación con los problemas que se derivan de la vigente liquidación de alquileres, lo hace así cumpliendo perfectamente el propósito que el autor se hace de averiguar las consecuencias que la aportación provoca sobre el contrato de arrendamiento y frente al arrendador como punto de mayor interés de la máquina interna de la aportación.

Estudia las faltas especialísimas que provoca en una sociedad la aportación del arrendamiento, faltas unas veces derivadas como fruto de las propias realizaciones contractuales, y otras debidas al intervencionalismo moderno y a la total regulación legislativa de que la realización arrendaticia ha sido objeto.

El plan de la obra, que el autor inserta en la introducción, indica ha de puntualizar la naturaleza jurídica de la aportación social, previa referencia a las posiciones doctrinales más calificadas en la materia. Efectivamente, consigue en este punto su propósito el autor. Las doctrinas innovadoras de Roca Sastre (el socio transfiere la propiedad de la cosa prestada a la sociedad) junto a la posición negativa de Manara, ardientemente opuesta a la tesis de la personalidad de la sociedad; los puntos de vista sostenidos por Navarrini; el negocio de comunicación de Roca Sastre; las aportaciones que sobre estos temas hacen Bérghamo, Labbe, Chironi, Jolly y Bonet, y la idea defendida por Hoeniger de que las aportaciones de los socios a la sociedad son de carácter oneroso, pero con onerosidad especial, desfilan a través de las páginas de este libro en forma sumamente ágil, como tratado en forma, a la vez comprensible y profunda, y expuestas con la mayor objetividad.

Examina agudamente la situación del propietario, aludiendo a una «capitis diminutio» suya, en cuanto a que en la práctica resulta postergado por la preponderancia adquirida por la ley del papel principal que en teoría debiera representar en el contrato. El Estado, dice, aparece como dispensador de beneficios al arrendatario, con lo cual no se significa que los derechos concedidos a los arrendatarios por disposición especial sean auténticos derechos administrativos, aun cuando lo dicho puede contribuir a delatar la potencialidad latente en la legislación especial de arrendamientos.

Estudia la inversión que lleva a efecto la Ley de Arrendamientos Urbanos frente al Código Civil en punto al consentimiento del arrendador: en el sistema del Código Civil, ni el subarrendador ni el socio de derechos arrendaticios lo precisan; en cambio, lo exige la cesión del contrato de arrendamiento. Por el contrario, en el régimen de la legislación especial se requiere expresa autorización del propietario para subarrendar o ceder derechos arrendaticios y no se necesita para ceder el contrato. Toca en este punto el autor uno de los temas más interesantes de la ordenación jurídica contenida en la Ley especial. Continúa el trabajo con un comentario profundo y doctrinal sobre el artículo 73 de la Ley de Arrendamiento y se estudia, a continuación,

la suerte que el contrato de arrendamiento puede sufrir cuando existe alteración en la sociedad arrendataria.

En conjunto, como ya al principio se menciona, se estima la obra del señor López Jacoiste de positivo valor en cuanto representa un profundo estudio filosófico de la significación que el Contrato de arrendamiento puede tener como aportación social, cumpliéndose, pues, perfectamente, el objetivo total de su propio trabajo.

JUAN A. DE CUENCA.

• Report of the Ministry of Health.—Londres, septiembre 1955, 242 págs.

El Ministro de Salud Pública de la Gran Bretaña presentó al Parlamento, en julio último, el informe de referencia, que corresponde al año terminado en 31 de diciembre de 1954. Al recoger la labor anual del Departamento, se hace resaltar por el titular del mismo, como el hecho más destacado entre todas las actividades desplegadas por los servicios sanitarios dependientes de aquél, la labor conducente a la creación de nuevas salas y centros hospitalarios, considerada como una de las más perentorias necesidades dentro del programa sanitario nacional, labor que se ha visto coronada por el éxito al registrarse, en fin del año a que se contrae este informe, una considerable reducción en el número de solicitudes para ocupar plazas en dichos centros benéficos. Es, sin duda alguna, el año durante el cual se ha logrado albergar a mayor número de pacientes desde que fué creado el Servicio de Seguro Nacional, y es grato para el Ministerio hacerlo constar así, porque ello implica un doble motivo de satisfacción, a saber: porque, de una parte, se logra mitigar la aflicción que aqueja a los enfermos interesados y a sus parientes, y, por otra parte, se hace patente la creciente eficiencia alcanzada en la administración de centros hospitalarios.

Es digno de mención muy especial, en este orden de cosas, la reducción de casi un cuarenta y tres por ciento en el número de pacientes afectados de tuberculosis, que se hallaban en espera de ser admitidos en sanatorios anti-tuberculosos, cuyo número se ha visto disminuído de 5.299 a 3.017 durante el referido año de 1954.

El volumen referenciado consta de diecisiete capítulos, que constituyen el informe propiamente dicho del Departamento de Salud Pública, y contiene seguidamente veintiséis apéndices estadísticos, que ilustran, con la elocuencia de los números, sobre cuanto a operaciones realizadas por las distintas dependencias de aquél se refiere.

No obstante la copiosa aportación de datos que sobre dichas actividades contiene el volumen que se recensiona, se hace constar por el titular del ramo que en el mismo no está contenido el informe anual emitido por la Jefatura Médica del Seguro, pues que éste ha sido publicado separadamente como una parte segunda de este informe. Asimismo, ha sido objeto de otro volumen el informe, correspondiente al mismo año de 1954, emitido por el Consejo Central de los Servicios Sanitarios, que es el principal organismo asesor del Mi-

nisterio en todas aquellas materias que competen al Servicio Nacional de Salud.

El régimen financiero del Servicio mencionado, es el tema a que se dedica el capítulo primero de este libro. Se da a conocer en el mismo que el costo del Departamento General del Servicio y del correspondiente al País de Gales no ciende a la suma de 473 millones de libras esterlinas. Los fondos para hacer frente a los gastos del seguro proceden de distintos orígenes, entre los que figuran: los tributos impuestos por las autoridades locales de los servicios sanitarios; las imposiciones fijadas a las personas beneficiarias de los servicios mencionados; las cuotas sobre pensiones de jubilación, y las transferencias efectuadas por el Fondo del Seguro Nacional. En la suma total invertida durante el año 1954, se ha registrado una reducción de casi trece millones de libras en relación con el año precedente. Los gastos administrativos del Departamento Central del Servicio y del correspondiente al País de Gales no están incluidos en las cifras dadas anteriormente como costos del Seguro.

Los servicios hospitalarios y de especialidades se relacionan en el segundo capítulo de esta publicación, y en el mismo se da cuenta del movimiento de enfermos registrado durante el año en los distintos hospitales; la relación numérica de internados por especialidades; la relación de aspirantes a ingresar en camas pertenecientes al Seguro; el promedio de estancia de los enfermos internados; las consultas efectuadas a enfermos no internados; personal médico y auxiliar adscrito a los distintos hospitales; cifras relativas a los servicios de transfusión de sangre, clasificados por grupos de edades de donantes; servicios de rayos X prestados en los numerosos centros existentes, etc., etc.

El capítulo tercero expone brevemente las actividades desplegadas por los servicios médicos en favor de los excombatientes, desde los que se hallan afectados de dolencias derivadas de enfermedades contraídas durante la última guerra europea y las de los países de Extremo Oriente, hasta los inválidos de las mismas y los que se hallan sometidos a reeducación física, a los que se proporcionan los más modernos métodos existentes, conducentes a asegurar su rehabilitación profesional.

Los Servicios Médicos Generales se describen en el cuarto capítulo. Como introducción al mismo, se hace un resumen de los puntos más importantes de la comunicación dirigida por el Ministro del ramo a la Asamblea Anual de la Asociación de Consejos Directivos de los Servicios Médicos, en 15 de octubre de 1954, y en la que se planteaban los problemas más urgentes a resolver por dichos servicios. A continuación se inserta el informe emitido por la Comisión de Medicina General, en junio de aquel año, que estudió todos los temas que afectan a los servicios de aquella, tales como el campo de aplicación; distintas categorías de beneficiarios; personal médico y auxiliar médico que figura en el Seguro; centros benéficos existentes; colaboración con los hospitales; remuneración y distribución adecuada de aquel personal; revisión de los petitorios establecidos; investigación sobre la utilización adecuada de los medicamentos prescritos; revisión de costos de los mismos, y muchos otros temas cuya enumeración se haría demasiado extensa.

Las actividades desarrolladas por los Servicios Dentales y los Servicios Oftalmológicos se describen en los capítulos quinto y sexto, respectivamente. Del volumen de solicitudes de servicios y lentes, con relación a este último servicio, registradas en el año anterior, y como consecuencia de la reducción sen-

sible de las mismas, se puede llegar a la conclusión de que ya se ha alcanzado el límite máximo de la demanda de las prestaciones otorgadas por aquel servicio. Por el contrario, se ha registrado un ligero aumento en la demanda de prótesis dentales, concedidas por los servicios correspondientes, especialmente de dentaduras completas; pues en cuanto a dentaduras parciales se refiere, se advierte en dicho año un pequeño descenso en el suministro de las mismas.

Los Servicios Farmacéuticos aparecen comentados en el séptimo capítulo. Se ha proseguido en el año 1954 la investigación minuciosa de los costos de los productos seleccionados por el Servicio Nacional, así como las negociaciones celebradas con representantes de las industrias proveedoras de dichos productos, acerca de los precios de éstos. Asimismo, ha continuado la labor de análisis de las especialidades farmacéuticas suministradas por el Seguro, hallándose satisfactorio un elevado porcentaje de las mismas.

El capítulo octavo ocupa la acción disciplinaria a que han dado lugar ciertas irregularidades comprobadas en la actuación de algunas categorías de profesionales contratados por el Servicio Nacional. A continuación, y en los tres capítulos sucesivos, se resumen: las actividades llevadas a cabo durante el mencionado ejercicio por los servicios comprendidos en la jurisdicción de las autoridades sanitarias locales; las realizadas por los servicios de enfermeros, matronas, asistentes sanitarios, visitadoras, inspectores sanitarios, etc.; y los servicios prestados por los organismos de control de suministros de drogas, instrumentos científicos y de precisión, prótesis y equipo diverso.

Viene a continuación un breve resumen de los convenios celebrados durante el año para el pago de suministros diversos; otro capítulo reducido sobre algunas transferencias recibidas de las autoridades locales, a través del Ministerio, y otro que recoge la labor del Ministerio de Salud Pública en el orden internacional; que durante este año ha proseguido sobre las mismas líneas generales que se ha indicado en los informes inmediatamente precedentes. Contiene este último capítulo, el décimocuarto de este trabajo, una breve mención de las actividades desarrolladas por las delegaciones británicas en los organismos internacionales siguientes: la Organización Mundial de la Salud, cuya séptima Asamblea se celebró en Ginebra en el mes de marzo; la Organización del Tratado de Bruselas; la organización para el reclutamiento de personal técnico para los países del Sureste Asiático adheridos al Plan de Cooperación Técnica de Colombo; el Consejo de Europa; la Asociación Internacional de Gerontología; cuyo tercer Congreso se celebró en Londres del 19 al 23 de julio, y otros.

Los capítulos quince al diecisiete expresan, concisamente, una diversidad de funciones referentes a servicios de asistencia a personas desplazadas, indigentes e incapacitadas; control de las condiciones higiénicas de los alimentos y los medicamentos, y defensa de la población civil.

El año 1954, según expresión del propio Ministro, presenta la característica de haberse dado cima a numerosos trabajos iniciados en etapas anteriores, especialmente en aquellos terrenos donde se presentan los más acuciantes problemas al Servicio Nacional de Salud, tales como el envejecimiento de la población, la dotación de personal especializado a los centros de enfermedades mentales, y el presupuesto de productos farmacéuticos.

En resumen, puede definirse este año como uno de los más destacados en

el aspecto de la investigación y de la consolidación de la ardua empresa encomendada al Ministerio, habiéndose asegurado una mayor eficiencia en la utilización del personal del mismo y en el empleo de los recursos disponibles, y una mejor coordinación de los servicios en beneficio de los pacientes.

PEDRO M. BORRAJO VAZQUEZ.

**Institut National pour l'Assurance contre les Accidents sur le travail.—“Notices Statistiques”, 1949.
Service Statistique Actuariel.—Rome, 1952.**

Se trata de un volumen en lengua francesa magníficamente presentado, con 400 páginas y más de 100 cuadros numéricos. La compilación de esta obra se debe a M. Livio Livi, profesor de Estadística de la Universidad de Roma, y a M. Filippo Emanuelli, Director del Servicio de Estadística Actuarial del I. N. A. I. L.

Comenta y relaciona una completa estadística referente a los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales de los sectores industrial y agrícola durante el año 1949.

El objeto principal de esta publicación, lo dice textualmente en el preámbulo, es el de proporcionar a los expertos elaboraciones detalladas de carácter social, demográfico, económico y sanitario, que lo puede presentar gracias a los estudios analíticos realizados a cierta distancia de tiempo después de los hechos ocurridos, o sea, cuando la situación ha quedado ya estabilizada.

Este Instituto, teniendo en cuenta el interés suscitado por esta clase de estadísticas, las ha publicado también en lengua inglesa y alemana, además de francesa, para mayor y mejor difusión y comprensión entre los técnicos de todos los países.

Comienza con una breve referencia sobre la legislación, campo de aplicación, primas o cuotas y prestaciones de este Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

La gestión del Seguro está a cargo de la Caja Nacional de Accidentes del Trabajo, creada por R. D. Ley de 23 de marzo de 1933. A partir del año 1943 se le encomienda la gestión obligatoria del Seguro de Accidentes del Trabajo en la Agricultura.

Las demás características de este Seguro son similares a las de otros países.

El resto del volumen está dedicado a datos estadísticos, clasificados por capítulos: doce para el sector de la Industria y seis para el de la Agricultura.

El número de obreros que, con bastante aproximación, se calcula están asegurados, es de 2.876.991, y el número de accidentes del trabajo y enfermedades ocurridos en 1949 fué de 426.116.

En estos capítulos, referentes a la parte estadística, trata de:

— La distribución de los accidentes en las diferentes industrias.

— Idem, atendiendo al territorio donde se han producido.

- Idem, según el sexo y edad de los accidentados, industria ejercida y consecuencias del accidente.
- Idem, según la naturaleza y lugar donde se han producido las lesiones.
- Idem, atendiendo a sus causas y accidentes precedentes.
- Idem, atendiendo a la duración media de la incapacidad.

Asimismo se estudia la fluctuación de los accidentes en el tiempo, la distribución de los accidentes, según lo que se denomina «unidades sanitarias de tratamientos», las condiciones familiares de los obreros accidentados y las retribuciones de los mismos.

En relación con el Seguro de Accidentes en la Agricultura hace, en principio, una breve referencia histórica sobre los accidentes ocurridos en los últimos veinte años en este sector agrícola, y en los restantes capítulos estudia:

- La distribución de los accidentes en la agricultura, atendiendo a la edad y sexo de los accidentados.
- Idem, según el nivel cultural.
- Idem, según la naturaleza y el lugar de las lesiones.
- Idem, atendiendo a las causas y efectos de los accidentes.
- Idem, según las condiciones familiares de los obreros accidentados.

Consideramos que este volumen es una de las publicaciones estadísticas más completas que conocemos sobre el Seguro de Accidentes del Trabajo, que permite realizar comparaciones con las estadísticas de otros países y orientar en el enfoque y desenvolvimiento de esta clase de fenómenos económico-sociales.

FRANCISCO DE IPIÑA.

Bureau International du Travail. — “La Sécurité dans les mines de charbon”. — Volumen II. — Lois et règlements. — Genève, 1955.

Aparece este trabajo como segunda parte de otro del mismo título, reproduciéndose en él, de una forma analítica, las más importantes disposiciones sobre la prevención de accidentes en las minas de carbón contenidas en las legislaciones de un cierto número de países, siendo por tanto un complemento preciso del primero, en el que se examinaron los datos estadísticos y las causas principales de los accidentes en el fondo de las minas de carbón, con la descripción de los servicios administrativos y de inspección de minas, así como el estudio de las actividades generales en materia de prevención de accidentes en los distintos países principales productores de carbón.

En la elaboración de este trabajo se hace constar que, siendo tan abundante la legislación sobre la seguridad en las minas, se ha hecho preciso efectuar el estudio sobre un limitado número de países, eligiéndose para ello: Alemania, Bélgica, Canadá, Estados Unidos, Francia, Países Bajos, Inglaterra y Unión Sudafricana, y advirtiéndose que ello no significa el que otras legislaciones que aquí no figuran no sean tan completas como las analizadas, sino que se ha prescindido de su inclusión únicamente por razones de tipo material.

En los países que por su descentralización (Canadá, Estados Unidos, etc.) la legislación varía según las provincias o Estados, se ha tomado como patrón la vigente en alguno de ellos solamente.

Consta el trabajo de 26 capítulos y un Anexo con la lista de las leyes y reglamentos citados en el texto. En estos capítulos se examinan entre otros los siguientes aspectos de la seguridad en las minas: vías de acceso y salidas, explosivos y su utilización, control y sujeción de techos, transporte de personas y materiales por las galerías y planos inclinados, aireación, precauciones contra el grisú, iluminación, prevención y extinción de incendios, prevención contra la neumoconiosis, máquinas y otras instalaciones, primeros socorros, etc.

En cada uno de los capítulos citados se establecen diversas subdivisiones, y en cada una de ellas se insertan, sin más comentarios, las disposiciones relativas al tema en los países objeto del estudio.

No son citados en cada caso todos los textos íntegramente, sino sólo los más importantes, citándose otros de orden secundario o resumiendo algunos con algo más de interés.

En general, las disposiciones técnicas están reproducidas íntegras, salvo un cierto número de reglamentos con detalles concernientes a la construcción y uso del equipo minero. Las disposiciones puramente jurídicas han sido omitidas.

Resulta, en total, este trabajo, interesante desde el punto de vista comparativo, al encontrarse el estudioso ya recopiladas y ordenadas las diferentes disposiciones relativas a cada materia.

Únicamente había cabido, a nuestro juicio, el terminar el trabajo con una serie de consideraciones que de su estudio se desprenden, con lo que la obra hubiera resultado más completa y útil.

JULIO A. DIAZ MARTIN.

**Ministère du Travail et de la Prevoyance Sociale.
Office National de Sécurité Sociale (O. N. S. S.).—
Dixième Rapport Annuel.—Exercice 1954.—Bruselas, 1955.**

Esta nueva Memoria de la Seguridad Social belga viene presentada de idéntica forma que las anteriores. Recoge, en cifras, una completa visión estadística de sus obras y servicios sociales durante el ejercicio 1954. Conviene advertir que para poder presentar una Memoria con el acopio de datos estadísticos tan completos, dispone de una bien montada oficina general de mecanización, por la que pasan, a través de fichas perforadas, todas las operaciones contables y estadísticas de las distintas instituciones de que dispone para su administración.

Esta Oficina ha distribuido, en el ejercicio de 1954, un total de 22.049,2 millones de francos belgas a los diversos sectores de la Seguridad Social, que, unidos a los 3.183,7 millones de los Retiros de los Obreros Mineros, constituyen la cotización del año; hemos de agregar a esta cifra otros 10.257,6 millones, correspondientes a la aportación del Estado. Este volumen conjunto se distribuye de la siguiente manera, por prestaciones:

	Aportación del patrono y obrero	Subvención del Estado
Vejez y muerte prematura	7.917,3	3.161,0
Enfermedad-invalidez... ..	5.013,4	1.693,1
Paro... ..	1.655,0	4.803,5
Subsidios familiares... ..	6.026,4	600,0
Vacaciones retribuidas... ..	4.609,3	—

La aportación conjunta viene a ser de un 26,25 por 100 de los salarios, distribuida en un 8 por 100 que abona el trabajador y un 18,25 por 100 el patrono.

La subvención del Estado hemos visto se eleva a un 40 por 100, aproximadamente, de la aportación del obrero y empresario; o sea, que de cada 100 francos que cuesta la Seguridad Social en Bélgica, el patrono paga 49, el obrero 22 y el Estado 29. Conviene advertir la enorme proporción que el Estado subvenciona en el Seguro contra el Paro, en el que se considera con más responsabilidad y obligado, por tanto, a intervenir más directamente.

Hace un desarrollo del proceso resultante de la recaudación de cuotas, función de varios elementos: volumen del empleo y de las remuneraciones, tasa de cotización, salario tope de cotización y efectividad de la percepción.

En cuanto al volumen del empleo, es sensiblemente mejorado en el curso de 1954, pasando el importe de las remuneraciones declaradas de 101,4 mil millones de francos a 104,8 mil millones, y representando las declaraciones hechas un 80 por 100, aproximadamente, teniendo en cuenta el tope de salario sobre el que se cotiza, de 200 francos diarios, 5.000 al mes o 60.000 francos al año.

El rendimiento bruto de la percepción de las cotizaciones ha sido, en 1954, del 97,2 por 100 de las declaraciones hechas, y teniendo en cuenta la recaudación probable de estas cantidades, en el año siguiente se llegará, aproximadamente, al 99,20 por 100 del saldo deudor total, cifra ya muy estimable.

El número de trabajadores cotizantes ha sido de 1.847.200, contra 1.843.800 del año precedente.

Por coincidir con el décimo aniversario de la creación de esta Oficina y de la Seguridad Social belga, dedica esta Memoria una recapitulación decenal de las operaciones del financiamiento de la Seguridad Social del Estado. Esta estadística está presentada en forma de cuadros sinópticos y de diagramas, y se completa con una visión de conjunto sobre la evolución del volumen del empleo, de la masa de las remuneraciones, de los tantos de cotización, modalidades del salario tope de cotización y rendimiento anual de la percepción de las cuotas.

FRANCISCO DE IPIÑA Y GONDRA.

García Muñoz, Guillermo Enrique.—“Estudio comparado del Derecho de Trabajo español y chileno”. (Memoria de prueba para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Chile).—Santiago de Chile, 1953, 79 págs.

Divide el autor su tesis en tres partes: «Formas del Estado en el campo laboral», «Contratos de trabajo individual» y «Condición, duración, retribución y terminación del trabajo», subdivididas, a su vez, en títulos y capítulos.

A lo largo de su obra estudia y compara, con mayor detalle que rigor y exactitud, los distintos aspectos de la legislación laboral en Chile y en España, produciendo este trabajo, en líneas generales, la impresión de que en él, más que de establecer comparaciones, se trata de criticar la legislación laboral española, haciendo resaltar sus facetas más desfavorables, a juicio del autor. Juicio no siempre acertado, ya que a veces se fundamenta en errores de considerable importancia, en los que incurre por tomar como base de su estudio disposiciones anticuadas y sin vigencia actual, en unos casos, y por apoyarse, en otros, en interpretaciones poco felices. Sirvan de muestra los siguientes, que se advierten a primera vista:

Al referirse a los beneficios a que en caso de maternidad tienen derecho en España las mujeres trabajadoras, menciona (págs. 61 a 63) las prestaciones, ampliamente rebasadas hace ya largos años, del antiguo Seguro de Maternidad, integrado hoy en el de Enfermedad en virtud del Decreto de 9 de julio de 1948, y mejoradas posteriormente por Decreto de 7 de junio de 1949, que elevó la prestación económica al 60 por 100 del haber que disfrutase la interesada, en lugar del 50 por 100 que anteriormente le reconocía el Decreto de 11 de noviembre de 1943. El período de carencia es de nueve meses (Dec. 11-XI-1943) y no de dieciocho, como consta en la obra que comentamos.

En otro capítulo, un texto tan claro como el que cita (pág. 71), del profesor **Hernáiz Márquez**, relativo a la terminación del contrato de trabajo por voluntad de las partes, y que dice: «pero entendemos que en una posición puramente objetiva de este problema debía también existir un preaviso por parte del obrero cuando voluntariamente cese en el trabajo que venía desempeñando con el empresario», lleva al autor a la peregrina deducción de que en España puede el empresario prescindir, con preaviso, de los servicios de un obrero, mientras que el trabajador no puede retirarse de la Empresa sino apoyándose en causas previstas por la Ley, debiendo en otro caso permanecer indefinidamente en su puesto. Ello le induce a lamentarse de la triste situación, próxima a «la antigua servidumbre feudal», en que, según él, se encuentran los trabajadores españoles al carecer de libertad para desligarse voluntariamente de la Empresa para la que una vez comenzaron a prestar servicio, y a la que quedan vinculados de por vida.

No es nuestro propósito analizar capítulo por capítulo la tesis del señor **García Muñoz**, por lo que nos limitamos a lo ya dicho, agregando solamente que los fallos señalados no son los únicos que contiene.

Pizarro, Federico G. de.—“Magistratura y procedimiento de los juicios del trabajo en la legislación chilena y española”. (Memoria de prueba para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Chile).—Santiago de Chile, 1953, 102 págs.

Aparece dividido el trabajo que comentamos en dos partes, respectivamente, dedicadas a «Tribunales de trabajo» y «Procedimiento en los juicios de trabajo».

Recoge la primera de ellas las características de los Tribunales de trabajo en Chile y en España, en cuanto a su organización, clasificación, jurisdicción y composición. Se ocupa seguidamente de los funcionarios judiciales, su nombramiento, requisitos exigidos, inamovilidad y causas de suspensión o destitución.

En la segunda parte, dedicada a procedimiento, hace una detallada exposición de los preceptos legales que sobre la materia se encuentran vigentes en ambos países, a lo largo de cinco capítulos que se refieren, respectivamente, a «Generalidades», «Procedimiento extrajudicial», «Procedimiento ordinario», «Recursos procesales» y «Ejecución de la sentencia». Al final de cada capítulo, y en forma de conclusiones, se inserta la comparación de las normas procesales a que en Chile y España se han de someter los conflictos de trabajo.

Aboga el autor, finalmente, por una modificación de ambas legislaciones, sustituyendo las disposiciones vigentes por otras que llenen los vacíos que en una y otra se encuentran, deficiencias cuya apreciación deja a juicio del lector, por entender que se deducen claramente de la simple lectura de los preceptos que recoge y conclusiones que establece.

Conviene destacar la objetividad que se observa a través de la tesis que consideramos, que va precedida de un informe crítico de los profesores don Luis Barriga Errázuriz y don Gustavo Lagos Matus.

MARÍA ENCARNACIÓN GONZALEZ RUIZ.

Bureau International du Travail.—Les Systèmes D'Assurance-Chômage.—Genève, 1955.

Uno de los principales riesgos a cubrir por los sistemas de Seguridad Social, dentro de las medidas establecidas en ellos, debe ser el de la eventualidad de paro. Paro que podrá ser producto o consecuencia de diferentes causas en cada uno de los casos.

Las consecuencias, desde el punto de vista humano y social, producen situaciones de paro en cualquier nación; influyen de una manera decisiva en la marcha de la misma, si bien, y en sentido contrario que tal situación se produzca, viene determinada en muchos casos por la estructuración económica de la nación misma. Las medidas preventivas encaminadas a tal fin, es decir, aquellas indicadas a que el paro no se produzca, deben ser preámbulo necesario del establecimiento del Seguro de Paro. Ahora bien, como las razones del paro son, en

muchas ocasiones, insuperables, es evidente que los Estados deberán establecer, dentro de sus planes, el conjunto de disposiciones legales necesarias que puedan variar este hecho.

La norma mínima de Seguridad Social—año 1952—establecía, junto a los riesgos de enfermedad, maternidad, accidentes del trabajo, enfermedades profesionales, vejez, invalidez y defunción, el de paro.

Desde que en Gran Bretaña, en el año 1911, se estableció la primera Ley obligatoria de Seguro de Paro, en la actualidad son 22 los países que tienen adoptado algún sistema, bien sobre base obligatoria o facultativa.

Este estudio, publicado por el «Bureau International du Travail», constituye un examen detallado de los sistemas actualmente establecidos de Seguro de Paro. Una evolución histórica de tal medida, desde su iniciación hasta la actualidad, refleja el primer capítulo.

El campo de aplicación, la protección, el derecho a las prestaciones, la duración de las mismas, los métodos de financiación y la organización y funcionamiento de la administración de este Seguro, son otros tantos puntos tratados con minuciosidad en su contenido, reflejando en él lo que en cada uno de estos aspectos puede observarse en la totalidad de los sistemas existentes en la actualidad sobre este riesgo.

A lo largo del libro aparece una serie de cuadros, en la que se refleja de forma esquemática todas las materias tratadas en el mismo, facilitando así, a primera vista, las realidades existentes.

Es, pues, el presente trabajo, más que un estudio sociológico del problema, un acopio sistemático de los actuales sistemas que contribuyen a su estudio y ponen al día la situación existente, dando así grandes facilidades a los estudiosos sobre un tema tan interesante como el que titula el libro.

Jesús COBETA ARANDA.

Bureau International du Travail. — Techniques administratives de L'Assurance sociale. — Genève, 1955.

Aceptada la Seguridad Social como uno de los primeros fines a realizar por toda sociedad organizada, se presenta como uno de los principales problemas el de su aplicación, y más concretamente el de su administración, que viene, en muchos casos, grandemente dificultada, debido a la diversidad de eventualidades a cubrir (enfermedad, maternidad, accidentes del trabajo, enfermedades profesionales, vejez e invalidez, etc.).

Ante esto, la Oficina Internacional del Trabajo, vigilante siempre a cuantos inconvenientes puedan surgir para la aplicación del principio universalmente admitido, ha publicado este trabajo, en el que estudia el problema de las técnicas administrativas de los Seguros sociales.

Se recoge, a lo largo de este estudio, toda la casuística que se presenta en la administración de los Seguros sociales. La identificación y afiliación de los asegurados ocupa el primer capítulo, desmenuzando el título general del mismo en un conjunto de epígrafes, donde se plantea un buen conjunto de cuestiones.

La afiliación de Empresas es objeto del capítulo segundo, en el que, tras la definición de ésta, viene a estudiar y a resolver una serie de problemas, con el fin de realizar un auténtico control de las mismas.

La cotización y los distintos sistemas de percepción de las mismas es tratado a continuación en la doble orientación de sistema de cuotas y sistema de timbres.

La cuenta individual de asegurados y la verificación de los derechos a las prestaciones son objeto de las páginas siguientes, estudiando al final, en un capítulo francamente interesante, la forma de establecer y realizar las estadísticas necesarias en esta clase de servicios.

Así, pues, con la casi sola enumeración de los temas tratados, puede deducirse el gran interés del trabajo, sobre todo en estos momentos en que la Seguridad Social ha tomado un gran auge en todas las legislaciones, implicando, por su natural desarrollo, la necesidad de un montaje administrativo, de cuya racionalización y pureza dependerá, en una parte muy importante, el costo de la Seguridad Social misma. Si añadimos a esto el perfecto control en cotizaciones y afiliaciones, en prestaciones y servicios que una buena administración mejorada en métodos puede darnos, el prestigio de la Institución puede ir ganando ambiente de día en día, no sólo por la economía que ello pudiera suponer, sino también por la eficacia que lleva consigo.

Jesús COBETA ARANDA.

Conferencia Internacional del Trabajo.—“La formación profesional en la agricultura”.—XXXIX Reunión.—1956.—Cuarto punto del Orden del día.—Ginebra.— Oficina Internacional del Trabajo.—1955.

En la XXXIX Reunión de la Oficina Internacional del Trabajo, celebrada en Ginebra, se acordó inscribir, en el Orden del día de la reunión de 1956, la cuestión de la formación profesional en la agricultura. De conformidad con ello, la Oficina ha preparado el proyecto de Recomendación, que se envía con esta publicación a los Gobiernos para que formulen sus enmiendas de observaciones.

Capdevila Serra, José.—“La primordial contribución del Maestro de Enseñanza Primaria al entusiasmo por el agro y al arraigo rural”.—Madrid, 1955.

Se examinan en este trabajo las razones económicas, demográficas, políticas, sociales, morales, familiares, espirituales, etc., del porqué tener en cuenta a la civilización rural, mundo que no ha de vivir de espaldas a los demás grupos o estamentos sociales y, en particular, la labor a desarrollar por los maestros rurales en la adaptación del hombre a su medio ambiente y en poner su saber al servicio común de la vecindad.